

LE
CHANCRE SYPHILITIQUE
DES FOSSES NASALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre BRUNON

Né à Saint-Etienne, le 10 octobre 1867

Ancien externe

et interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Ex-interne des Hôpitaux de Saint-Etienne



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE ET COMMERCIALE CH. BOY

13, RUE DE LA LOIRE, 13

Novembre 1895

LE
CHANCRE SYPHILITIQUE
DES FOSSES NASALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre BRUNON

Né à Saint-Etienne, le 10 octobre 1867

Ancien externe

et interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Ex-interne des Hôpitaux de Saint-Etienne



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE ET COMMERCIALE CH. BOY

13, RUE DE LA LOIRE, 13

—
Novembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET..... DOYEN.
LÉPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOCHIER.
Cliniques des maladies mentales.....	GAYET.
Physique médicale.....	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.....	CAZENEUVE.
Anatomie.....	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.....	LORTET.
Physiologie.....	TESTUT.
Pathologie interne.....	RENAUT.
Pathologie externe.....	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.....	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.....	TRIPPIER.
Médecine légale.....	POLLOSSON (MAURICE).
Hygiène.....	ARLOING.
Thérapeutique.....	LACASSAGNE.
Pharmacie.....	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.....	LAROYENNE.
---------------------------------------	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.) —
Botanique.....	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROUX.	MM. SIRAUD.
CONDAMIN.	POLLOSSON (Aug.).	COLLET.	DURAND.
COURMONT.	ROCHET.	BOYER.	DOYON.
DEVIC.	ROLLET.	CURTILLET.	BARRAL.
DIDELOT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. POLLOSSON M., Assesseur ; MM. ROLLET et COLLET, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE, A MA BELLE-SŒUR

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAÎTRES

INTRODUCTION

C'est dans le service de M. le Dr Garel que nous avons puisé l'idée première de ce travail. Notre ami, M. Chapuis, interne du service, avait publié, quelques mois auparavant, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une observation très intéressante sur un cas de chancre des fosses nasales; il l'avait fait suivre d'une Revue générale sur la question, quelques semaines après, dans le même journal (1); M. le Dr Garel venait de publier deux nouveaux cas dans la *Revue de Laryngologie*. Il se présentait, à la même époque, dans les consultations gratuites du service, un cas très intéressant d'accident tertiaire pouvant parfaitement être pris pour un chancre induré des fosses nasales: c'étaient là des éléments nouveaux qui nous permettaient d'entreprendre un travail général sur la question, encore peu connue, et que, à chaque nouveau cas, tous les auteurs répétaient être si rarement observé: le chancre syphilitique des fosses nasales.

Nous remercions vivement M. le Dr Garel et notre ami, M. Chapuis, d'avoir bien voulu nous abandonner leurs

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 19 juillet et 13 octobre 1894.

travaux personnels pour nous permettre de faire, sur la question, notre thèse inaugurale. Tout l'honneur de ce travail leur revient donc en entier, car non seulement ils nous ont fourni les matériaux intéressants de ce travail, mais ils nous ont aidé dans nos recherches et ont fouillé tous les auteurs pour trouver des cas nouveaux et non encore bien connus.

Nous associons à ces remerciements M. le professeur agrégé Et. Rollet. Nous le remercions vivement de l'obligeance avec laquelle il a facilité notre travail par les documents qu'il nous a fournis, et par l'indication particulière de l'anatomie pathologique des adénites de la région, ainsi que du dessin, du malade de l'observation de M. Chapuis, qu'il nous a procuré.

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous est un devoir bien doux d'adresser un souvenir et un témoignage de reconnaissance aux maîtres qui nous ont instruit et dont nous avons été l'élève soit dans les hôpitaux de Lyon, soit dans les hôpitaux de Saint-Étienne.

M. le Pr Poncet, dont nous avons été le secrétaire, a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui adressons, pour ce nouveau gage d'intérêt qu'il nous a toujours porté, nos plus sincères remerciements.

Que M. le Pr Renaut soit bien certain que nous n'oublierons jamais les doctes leçons et l'heureux temps que nous avons passé comme son interne. M. Vincent, professeur agrégé, chirurgien-major de la Charité, et M. Colrat, médecin de ce même hôpital, nous ont fait profiter de leurs très savantes connaissances sur les maladies des enfants, l'un pour la chirurgie, l'autre pour la

médecine, pendant que nous étions dans leur service ; c'est un bonheur pour nous d'avoir pu étudier sous leur direction cette partie si délicate de la médecine.

Que dirons-nous de nos maîtres des hôpitaux de Saint-Étienne ? Nous les quittons à regret, mais il nous reste l'espoir de conserver, avec eux tous, ces excellentes relations qui doivent toujours exister entre l'élève et les maîtres, et qui font l'honneur de notre internat stéphanois. Que M. Duchamp, professeur agrégé et chirurgien de l'Hôtel-Dieu, accepte nos plus sincères sentiments de gratitude et d'admiration pour ses doctes leçons et ses nobles exemples de dévouement et de devoir accompli. M. le Dr Cénas a été notre premier maître dans cet hôpital de Saint-Étienne, ce n'est là que le moindre titre pour que son souvenir ne disparaisse jamais de notre affection, car sa franche cordialité et les excellents rapports que nous avons toujours eus avec lui en sont un gage bien plus sûr. Que MM. les Drs Blanc et Montagnon, chirurgien et médecin de l'Hôtel-Dieu, soient bien certains que nous n'oublierons jamais qu'ils ont été pour nous les guides les plus sûrs dans la clinique chirurgicale et médicale ; merci de leurs excellentes leçons.

LE CHANCRE SYPHILITIQUE

DES

FOSSSES NASALES



CHAPITRE PREMIER.

Historique.

Le chancre primitif de la pituitaire est le plus rare des chancres extra-génitaux. La liste en est encore fort pauvre, trop pauvre assurément, car il est certain que, dans nombre de cas, la lésion n'est pas diagnostiquée. Les syphiligraphes anciens et modernes les plus distingués n'en trouvent que peu de cas à citer dans leurs multiples statistiques portant même sur un très grand nombre de chancres extra-génitaux. Et, bien qu'il soit parfaitement reconnu, comme le dit Fournier, que la vérole tertiaire et héréditaire, il est vrai, aime les fosses nasales, ce ne sont pas ces savants spécialistes qui ont eu à constater le plus grand nombre de cas de syphilomes primitifs de la pituitaire ; pour les cas de chancres cutanés du nez, au contraire, nous les trouvons presque tous signalés par des syphiligraphes. D'ailleurs, de même que c'est aux laryngologistes ou plutôt à l'étude de plus en plus approfondie

des maladies de la gorge que nous devons l'histoire si bien connue aujourd'hui des chancres de l'amygdale, de même c'est au développement de la rhinoscopie que nous devons la constatation de plus en plus fréquente des cas de chancre de la pituitaire.

Nous n'avons pas à remonter très haut dans l'histoire de la syphilis pour trouver le premier cas de chancre des fosses nasales. Mac-Carthy, le premier, en a signalé un cas dans sa thèse soutenue à Paris en 1844. Ricord, dans ses *Leçons sur le chancre*, dit simplement : Je l'ai rencontré sur la pituitaire; ses 824 syphilitiques n'ont pu lui en fournir qu'un seul exemple. Cullerier, dans son *Traité*, n'a pas un mot non seulement pour les chancres pituitaires, mais même pour les chancres du nez en général. Lancereaux cite un seul cas, qu'il a trouvé dans la statistique de Fournier. Ce dernier auteur, dans son *Traité* (édition de 1881), lui qui avait recueilli les leçons de Ricord, n'en dit pas un mot. La même année, Armand Rizat écrit : Les chancres peuvent également occuper la muqueuse nasale, et c'est tout. Cependant, en 1865 déjà, Rollet, dans son *Traité des maladies vénériennes*, avait rappelé plusieurs cas : « Mac-Carthy a fait connaître un cas de chancre induré de la narine. M. Fournier a observé un de ces chancres sur la pituitaire. M. Martin en a vu un à Saint-Lazare sur l'aile du nez. J'ai vu moi-même quatre chancres indurés du nez dont trois étaient greffés sur la pituitaire à l'entrée des narines (1). » Enfin, Jullien, réunissant les grosses statistiques d'une série de syphiligraphes, ne peut retrouver qu'8 chancres du nez, dont un seul intra-nasal, et cela

(1) ROLLET. *Traité des maladies vénériennes*, 1863, page 693.

sur un total de 2.043 chancres syphilitiques. Il dit avoir observé lui-même, dans le service de Lailler, en 1874, une perforation de la cloison qu'il attribua à un ancien chancre syphilitique. Mais il n'a pas vu l'accident primitif. Aussi son cas est-il contesté par Dupond, dans sa thèse sur la syphilis du nez et des fosses nasales (Bordeaux, 1887). C'est la thèse de Dupond qui constitue le premier travail d'ensemble sur le sujet qui nous intéresse, bien qu'elle ne porte pas seulement sur l'étude des chancres de la pituitaire.

Jusqu'ici, nous ne trouvons donc que la citation de quelques cas éparpillés un peu partout. L'exposé de quelques statistiques nous démontrera encore plus l'excessive rareté de la syphilis primitive de la pituitaire.

En additionnant les statistiques de Martin, Carrier, Bureaux, Bassereaux, Fournier, Clerc, L. Le Fort, citées et réunies par Jullien, on obtient le chiffre considérable de 2.043 chancres syphilitiques : eh bien ! on ne trouve qu'un seul chancre pituitaire.

La statistique personnelle de Fournier, jusqu'en novembre 1892, donne 794 cas de chancres extra-génitaux, total obtenu quand on additionne les statistiques partielles présentées par Nivet, Morel-Lavallée, Veslin, Feulard. On n'y trouve que 13 cas de chancres nasaux, dont deux seulement sont muqueux. Et ces 794 chancres extra-génitaux supposent probablement plus de 15.000 chancres syphilitiques. La proportion est, en effet, de 1 chancre extra-génital sur 20 chancres de siège quelconque.

Sur les 103 cas de chancres céphaliques que Stourme a réunis dans sa thèse, en 1889, appartenant aux services de l'Antiquaille ou des Hôpitaux de Saint-Etienne, il n'y

a qu'un seul chancre intra-nasal, celui que notre maître M. Poncet a présenté, en 1881, à la Société des Sciences médicales de Lyon.

En ces dernières années, la liste des chancres de la muqueuse pituitaire augmente rapidement ; on ne se contente pas de faire une simple citation en insistant surtout sur leur excessive rareté, les auteurs en font une étude plus approfondie, ils insistent surtout sur la symptomatologie et l'aspect quelquefois bizarre que prend l'accident initial de la syphilis dans les fosses nasales, ils montrent la difficulté du diagnostic et recherchent l'étiologie de cette implantation insolite du chancre.

C'est, comme nous l'avons déjà fait remarquer, aux laryngologistes et rhinologistes, mais non exclusivement à eux, il est vrai, que nous devons les cas les plus nombreux et aussi les principales études.

Nous citerons plusieurs cas de Moure, de Bordeaux, présentés par lui-même ou par son élève, le Dr Reboul, dans sa thèse inaugurale, en 1892.

La très intéressante observation de Nettleship, déjà publiée, en 1875, dans le *British Medical de Londres*. Les cas très remarquables d'Hieguet, Cozzolino, Roberto Cimmino et Arslan Yerwant.

Les observations de Ruéda et de notre maître M. le Dr Garel, dans la *Revue de Laryngologie* et celle que son savant interne et notre ami très dévoué, M. Chapuis, a publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* et la *Revue générale* dont il l'a fait suivre quelque temps après ; cas très instructif et que nous sommes d'autant plus heureux de citer qu'il appartient aussi un peu à notre savant maître M. le Dr Duchamp, qui l'a découvert dans une de ses con-

sultations hospitalières de Saint-Étienne qui ont été si intéressantes et si fécondes pour notre instruction médicale, pendant les trois années de notre internat dans cette ville. Nous ne voulons cependant pas enlever l'honneur de ce cas aux syphiligraphes et dermatologistes, car le malade appartenait à la Clinique de l'Antiquaille, et M. le professeur agrégé Et. Rollet en avait fait l'objet d'une très intéressante leçon. Les cas publiés par Fournier et ses élèves Marfan, Morel-Lavallée, etc., les cas de Gémy, de Rasori, de Spencer-Watson, de Pospelow, de Duncan-Bulkléy, de Thibierge, de Mendel appartiennent presque tous à des Revues de dermatologie et syphiligraphie. Enfin, nous citerons les thèses pour le doctorat parues, à Paris, en 1894, de Bazenerye, sur la syphilis nasale acquise, et de Le Bart, sur le chancre primitif du nez et des fosses nasales; qui sortent des Hôpitaux de Saint-Louis et de Saint-Lazare.

Les cas de chancre de la muqueuse nasale, comme on le voit, ne sont pas très nombreux, et il nous paraît intéressant, pour résumer l'histoire de leur étude, d'établir chronologiquement un tableau de tous les cas qui ont été publiés ou présentés devant des Sociétés savantes ou seulement même cités dans les ouvrages classiques.

Nous ne ferons pas entrer, dans cette énumération, les faits de syphilis primitive des orifices postérieurs des fosses nasales et de l'orifice pharyngé de la trompe d'Eustache. Ces faits sont bien connus, surtout depuis la triste célébrité qu'ils ont faite, il y a trente ans environ, à un spécialiste parisien très à la mode. Ces chancres, reconnaissant leur origine dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache fait avec des instruments infectés, sont en

réalité des chancres pharyngiens. Ils doivent être distraits de ceux dont nous faisons actuellement l'étude.

Nous ferons suivre cette simple énumération des observations plus ou moins complètes que nous aurons pu retrouver dans les auteurs ; et ainsi nous tâcherons d'étudier d'une façon aussi clinique que possible la symptomatologie, le diagnostic et l'étiologie de l'affection qui fait le sujet de ce travail.

1844 Le cas de Mac-Carthy (*Thèse de Paris*).

1858 Le cas de Ricord (*Leçons sur le chancre*).

1863 Le cas d'Aimé Martin à Saint-Lazare (*Thèse de Paris*) et consigné dans le traité de Rollet.

1863 Un cas vu par Nodet, interne de Rollet, à l'Antiquaille, cité par les mêmes auteurs.

? Le cas observé par Fournier et rappelé par Rollet.

1865 Trois cas personnels de Rollet (*Maladies vénériennes*).

1875 Nettleship (Observation I).

1878 Dulac, dans le service de Gosselin, un cas de chancre du septum^e des narines, dans sa thèse, en 1878.

1880 Gibier de Savigny, un cas analogue (*Union Médicale*, 1880).

1880 Poncet (Observation II).

1880 Cutter J.-C., de Philadelphie (*Philad. Med. Times*), un cas d'après Bulkley.

1881 Spencer-Watson (Observation III).

1883 Arning de Hambourg (Observation IV).

1885 Rasori de Rome (*Gazetta degli ospitali*, 1885).

1887 Moure (Observations V et VI).

1887 Morel-Lavallée (Observation VII).

- 1889 Pospelow (*Archiv. für dermat. und syph.*).
1890 Marfan (Observation VIII).
1890 Gémey d'Alger (Observation IX).
1891 Moure (*Thèse de Reboul*) (Observation X).
1892 Hicguet (Observation XI).
1892 Reboul, à propos de ces cas, dit qu'on en a observé
de semblables en Belgique (Observation XI).
1894 Duncan Bulkley (Observation XII).
1894 Roberto Cimmino (Observation XIII).
1894 Thibierge (Observation XIV).
1894 Chapuis (Observation XV).
1894 Arslan Yerwant (Observation XVI).
1895 Ruéda de Madrid (Observation XVII).
1895 Garel (Observations XVIII et XIX).
1895 Mendel (Observation XX) (1).

C'est-à-dire, jusqu'à ce jour, une trentaine de cas
seulement.

(1) Voir CHAPUIS, *Gazette des Hôpitaux*, 13 octobre 1894.

CHAPITRE II.

Observations.

OBSERVATION I.

Nettleship (*British Med. Journ.*, 1875, tome II, page 363).

M^{me} G..., âgée de 28 ans, m'est envoyée, à l'hôpital des maladies des yeux, de la partie sud de Londres, par le docteur Baxterol, le 3 avril 1875, pour un abcès lacrymal résultant d'une lésion de la narine gauche. Cette femme était enceinte de huit mois. En outre de cet abcès lacrymal, il existait une tuméfaction diffuse de la peau du nez et de la face située du côté de cette narine ; la narine gauche était complètement fermée et sa muqueuse entre l'espace resté visible présentait un aspect malade et ulcéré. L'ulcération terminée par un rebord à pic, là où la muqueuse de la narine se continue avec la peau de la lèvre supérieure, la malade se plaignait de ressentir de vives douleurs dans le nez. L'apparence de la surface ulcérée rappelait celle d'une ulcération syphilitique ; cependant je ne me sentis pas capable de décider s'il s'agissait d'un chancre ou d'une ulcération tertiaire, de nombreux ganglions lymphatiques roulaient sous le doigt en arrière, à l'angle de la mâchoire ; on m'apprit qu'ils étaient apparus depuis l'ulcération du nez ; mais comme il existait depuis plusieurs années des masses semblables du côté opposé, la valeur diagnostique se trouvait diminuée. L'affection aurait commencé peu avant Noël 1874 et se serait annoncée par le gonflement de la moitié gauche du nez, un peu au-dessous de l'abcès actuel ; peu après, aurait débuté l'obstruction de la narine ; il n'existait pas d'autres faits pouvant faire

supposer la syphilis. On donnait de l'iodure de potassium et du savon noir. Peu de temps après, la malade consentit à me raconter qu'elle avait présenté, six semaines auparavant, des ulcérations génitales et se serait refusé à l'examen physique.

M. Hutchinson, qui la vit à ce moment, admit la nature syphilitique de l'affection, mais sans pouvoir décider s'il s'agissait d'une lésion primaire ou non ; il conseilla les cautérisations répétées à l'acide nitrique, parce qu'il pensait que le mal commençait à présenter un caractère phagédénique.

L'examen physique pratiqué alors démontra qu'il existait, sur les parties génitales, des condylomes bien développés, mais pas d'ulcérations, ni d'adénites inguinales, pas de rash sur la peau, pas de plaques muqueuses dans la gorge. Elle reconnaît très nettement que toutes ces manifestations ne dataient que de deux mois, et qu'avant cette date sa santé générale était beaucoup meilleure. On cessa l'iodure de potassium et on se borna au traitement externe, c'est-à-dire au savon noir pour la narine et au calomel pour les condylomes de la vulve.

Le 14, elle entra dans une Maternité ; elle entra en travail et j'appris qu'elle accoucha d'un garçon qui paraissait sain à sa naissance, mais qui mourut le quatorzième jour ; le médecin qui le soignait donna à entendre qu'il s'agissait d'un enfant syphilitique. Le mal sur la narine s'était amélioré ; il existait quelques petites papules rougeâtres sur la nuque. Le mercure que l'on avait cessé depuis le 14 avril, fut repris le 8 mai ; nombreuses papules en avant des bras et en dedans des cuisses, ainsi que sur l'abdomen.

Pendant ce temps, l'éruption de la joue avait pris un caractère qui rappelait nettement celui d'une éruption secondaire. Sous l'influence du traitement mercuriel, tout cela s'atténua rapidement et disparut complètement le 19 mai ; néanmoins, on continua le traitement mercuriel. A l'heure actuelle, il n'existe plus de manifestations secondaires, l'ulcération du nez est guérie depuis plusieurs semaines et sa santé générale s'est beaucoup améliorée ; il y a adhérence des deux bords de la narine de telle sorte que celle-ci est toujours fermée ; la fistule lacrymale continue à donner du

pus, néanmoins il n'y a plus d'inflammation, et la malade ressent si peu d'incommodité de tout ceci qu'elle n'est point désireuse de recourir à une intervention chirurgicale. Je n'ai pas pu savoir la source probable du chancre, le mari niant toute affection vénérienne et la femme ne sachant où elle aurait pu contracter la syphilis.

OBSERVATION II.

Société des Sciences Médicales de Lyon.

Séance de Novembre 1880.

M. Poncet, chirurgien désigné de l'Hôtel-Dieu, présente une jeune fille atteinte d'un chancre siégeant sur la cloison près de l'orifice de la narine droite. En ce point, on trouve une saillie des dimensions d'une pièce de 50 centimes, dont la surface est rouge et ulcérée, oblitérant l'orifice de la narine à tel point que la respiration est à peu près complètement obstruée du côté correspondant.

Il y a un mois que l'affection a débuté par des maux de tête localisés à la moitié droite du crâne et revenant par intervalles. Peu après, est survenu un gonflement de la cloison des narines qui est allé en augmentant jusqu'à acquérir les dimensions qu'on observe actuellement.

L'adénopathie sous-maxillaire indolente a persisté jusqu'à ce jour, marquée surtout au-dessous de la branche droite du maxillaire où elle forme une tumeur du volume d'un œuf de poule.

Sur la peau de la poitrine, de l'abdomen et des membres, on voit une syphilide papuleuse généralisée très nette.

Quelques papules sur le front. Impétigo du cuir chevelu.

Plaques muqueuses de la gorge.

Quelques jours après son entrée, la malade a éprouvé des douleurs dans les muscles de la cuisse et du mollet droit, signes de synovite au niveau du cou-de-pied droit. M. Poncet, en présence de tous ces symptômes, croit que le doute n'est plus possible : il s'agit bien d'un chancre de la cloison. Ce siège est insolite, et c'est pour

cela qu'il a tenu non seulement à attirer l'attention des élèves sur cette malade à la clinique, mais encore à présenter ce spécimen à la Société des sciences médicales. Il rappelle un cas, qui lui a été donné d'observer, où le chancre siégeait sur la gencive au niveau d'une grosse molaire.

Ce sont là des faits qu'il faut connaître si l'on ne veut être pris un jour au dépourvu.

Ce qu'il y a de plus difficile, c'est d'expliquer comment le virus a pu être transporté au point d'inoculation. Malgré un long interrogatoire, on n'a rien obtenu de la malade qui ne peut ou ne veut donner des renseignements exacts.

*(Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,
Tome II, 1881, page 415.)*

OBSERVATION III.

Un cas de syphilis primaire de la narine,

Par W. SPENCER-WATSON (*tiré de la thèse de Le Bart*).

J'ai un cas à signaler d'un chancre ayant une origine peu commune. Une nourrice non mariée, 31 ans, me fut envoyée par le docteur Samson avec une grande inflammation de la joue gauche et du nez. Elle avait une grande difficulté à respirer. Il y avait trois mois environ qu'elle avait été nourrice d'un enfant qui présentait les symptômes de syphilis. Trois ou quatre semaines après être entrée chez sa maîtresse, M^{lle} N..., la nourrice, après avoir senti des démangeaisons du nez et s'être aperçue qu'il y avait un grand gonflement du nez et de la face et que les ganglions sous-maxillaires gauches étaient devenus énormes et très durs, tomba dans une grande fièvre. Lorsqu'on me l'envoya, il s'écoulait un pus sanieux de sa narine gauche, laquelle était complètement obstruée et sous laquelle on pouvait sentir, au toucher, une boule dure cartilagineuse. Elle ressentait aussi un mal de gorge avec ulcération de l'amygdale gauche et de la surdité.

Bien que l'ulcère du nez ne peut pas en réalité être vu à cette

période de la maladie, il ne pouvait pas exister de doute sur son caractère syphilitique.

Il s'étendait en surface vers le haut et à l'intérieur à partir de l'enflure, et sa base sortait de la surface intérieure de l'aile du nez. La grande prostration morale et la fièvre étaient les signes caractéristiques de la maladie pendant cette période. Je lui ordonnai d'employer des fumigations de calomel sous forme de bains de vapeur et aussi en applications sur les narines, de prendre chaque soir une pilule d'opium et de calomel et d'injecter une lotion d'acide phénique dans le nez.

Au bout de cinq à six semaines, les gencives devinrent douloureuses pendant que l'état général et l'aspect de la lésion s'amélioraient rapidement, tellement qu'au bout de deux mois la narine était complètement dégagée, l'ulcère s'était cicatrisé en laissant une induration à sa place. Une glande dans la région sous-maxillaire restait encore gonflée. Les fumigations de calomel, qu'on avait cessées aux premiers symptômes de stomatite, furent reprises et continuées pendant deux mois encore.

Pendant ce temps, une éruption secondaire se montra, mais tous les symptômes disparurent.

Deux ans après, je revis la malade en parfait état de santé, toute trace de l'ulcère dans la narine avait disparu.

La rareté extrême de la syphilis primaire dans les narines rend ce cas intéressant. Le diagnostic eût été assez embarrassant si l'on n'eût été fixé à l'avance sur la source probable de la contagion. La fièvre, ainsi que cela a lieu habituellement dans les cas de syphilis primaire à la tête, à la face ou au cou, fut particulièrement forte et la grande prostration mentale était sans doute due en grande partie à cette cause, mais résultait aussi probablement, dans une certaine mesure, de l'idée que se faisait la malade de l'altération produite sur son visage par le gonflement, et de la nature dégoûtante de la cause première de sa maladie.

Comme étiologie bizarre que l'on pouvait admettre avec la malade, pour l'origine de l'infection, on pouvait, très vraisemblablement, en accuser l'habitude qu'elle avait de se faire téter le bout du nez pour occuper son nourrisson.

OBSERVATION IV.

Syphilis in the innocent. *Arning de Hambourg, cité par BULKLEY, dans page 244, New-York, 1894.*

Il s'agit d'un chancre de la narine provenant de l'usage des mêmes linges, dont le malade se servait en commun avec son frère. Il était porteur de lésions muqueuses considérables.

OBSERVATION V.

Chancre induré de la fosse nasale droite, inséré sur la cloison médiane,

Par le D^r MOURE. — *Revue de Laryngologie.*

Le nommé C... Jules, âgé de 54 ans, employé à l'abattoir, vient me consulter le 25 septembre 1886 pour une gêne qu'il éprouve à respirer par la narine droite. Il ressent en même temps des douleurs assez violentes dans tout le côté de la tête, surtout au niveau de la région sus-orbitaire.

La voix est nasonnée, le nez, rouge, est un peu douloureux au toucher. Il s'écoule par la narine une sécrétion ichoreuse empestant le linge, ayant une odeur fade mais non fétide.

Interrogé sur ses antécédents, le malade dit avoir joui d'une santé excellente jusqu'au commencement du mois d'août. A cette époque, il se rappelle, dit-il, avoir ressenti un peu de démangeaison dans le nez (*sic*) sans croire autrement à l'existence d'une altération quelconque de la muqueuse; un peu négligeant de sa personne, il ne fit point attention à ce petit ennui qui ne le quittait point.

Quelques jours après, cependant, il s'aperçut que la narine droite devenait moins perméable et que peu à peu il se produisait une tuméfaction de la muqueuse accompagnée de rougeur du bout du nez.

C'est alors qu'il se décida à venir me consulter. Il nie formelle-

ment avoir jamais eu la moindre écorchure à la verge qui n'en porte, du reste, aucune trace; il a eu, autrefois, une blennorrhagie guérie depuis longtemps.

A l'examen, je constate extérieurement, en dehors de la rougeur considérable du tégument extérieur, une déviation de l'aile du nez du côté droit qui est soulevée par une masse fongueuse d'aspect rougeâtre en certains points et grisâtre dans d'autres où elle est recouverte d'un mucus pultacé.

Cette tumeur fait presque saillie à l'orifice de la fosse nasale qu'elle comble intérieurement et s'étend à environ deux centimètres en arrière, ainsi qu'il est facile de le constater par le stylet.

Avec ce dernier, on trouve que la masse bourgeonnante n'adhère en aucun point avec le plancher des fosses nasales ou la paroi externe, mais qu'elle est toute entière implantée sous la cloison à un centimètre environ de son insertion antérieure.

Le point d'insertion était recouvert par la saillie de la tumeur qui ressemble, par ce fait, à un champignon aplati adhérent par un large pédicule à la partie inférieure de la cloison du nez.

La tumeur saigne très facilement et l'examen avec le stylet suffit pour amener un léger écoulement sanguin. Au toucher, plusieurs points sont mous, tandis que d'autres sont assez résistants.

L'examen rhinoscopique du côté gauche démontre non seulement l'intégrité de la fosse nasale, mais la muqueuse de la cloison est absolument saine et il n'existe pas de déviation.

La muqueuse bucco-pharyngienne normale.

Les ganglions sous-maxillaires du côté droit sont tuméfiés, et l'un d'eux, particulièrement développé, est induré et roulant sous les doigts et non douloureux. En présence de ce néoplasme qui ne ressemblait point à une manifestation tertiaire de la syphilis, mais qui faisait plutôt songer à une tumeur maligne de la fosse nasale, tant par sa localisation, son aspect bourgeonnant que par sa vascularisation et la facilité avec laquelle se produisaient les épistaxis, j'avoue que j'hésitai d'abord et laissai mon diagnostic en suspens, mais le facies anémié du malade, un je ne sais quoi dans son aspect me firent craindre une syphilis antérieure, et je prescrivis le traitement mixte (Sp. formule Gibert), dont je me propo-

sais de suspendre l'emploi si le mieux ne se produisait rapidement. Comme traitement local, je recommandai au malade de faire des injections avec une solution de résorine.

Huit jours plus tard, c'est-à-dire deux mois et quelques jours après le début de l'accident nasal, le malade vint chez moi désespéré, abattu, fatigué à l'extrême et couvert d'une poussée de papules cuivrées, presque confluentes sur le front et nombreuses sur le reste du corps, éruption qu'il attribuait évidemment au sirop auquel il imputait également et sa lassitude et sa lourdeur de tête. Du côté de la gorge existait également, sur les piliers antérieurs et sur la luette, une série de plaques muqueuses opalines typiques sur la nature desquelles le doute n'était plus permis.

Je remplaçai alors le sirop par des pilules de proto-iodure et prescrivis pour le chancre des lavages et de l'iodol et de l'iodoforme *ââ*, et pour la gorge un gargarisme iodo-iodure.

Le malade fit alors son traitement avec régularité, et, quinze jours après, la saillie de la fosse nasale commençait à diminuer ; mais c'est seulement à la fin du mois de novembre que la cloison reprit son aspect normal.

Dès les premiers jours cependant, les symptômes généraux commencèrent à s'amender et les douleurs disparurent pour ne plus reparaître.

OBSERVATION VI.

(Moure.)

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, présentant une légère tuméfaction de la narine droite et portant sur la cloison, à un centimètre environ du bord inférieur, une petite tumeur arrondie adhérente aux parties profondes, recouverte d'un enduit blanchâtre ; son volume est celui d'une petite noisette. Le doigt introduit dans la narine permet de constater que cette tumeur est extrêmement dure, presque cartilagineuse.

Une éruption généralisée, caractérisée par des taches rouges non saillantes, d'une teinte presque cuivrée, ayant tous les caractères de

la roséole syphilitique, nous fait songer à un chancre induré développé sur la muqueuse pituitaire. Un traitement mercuriel fait disparaître rapidement tous les accidents.

Le malade ne peut donner aucune explication de contagion ; il est probable qu'il aura touché la vulve d'une femme qui avait des plaques muqueuses, puis qu'il s'est mis le doigt dans le nez et a ainsi apporté, sur sa pituitaire peut-être érodée au préalable, le virus syphilitique.

OBSERVATION VII.

Chancre de la muqueuse nasale, par A. MOREL-LAVALLÉE

(*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1887.)

Le nommé B..., Claude, 39 ans, forgeron, entre à l'hôpital, le 11 septembre 1887, dans le service de M. le P^r Fournier, pour une éruption érythémateuse généralisée, laquelle est bien manifestement une roséole syphilitique. En quelques points, se trouvent même des syphilides papulo-squameuses discrètes.

Quelle a été la porte d'entrée de l'infection ?

Pas de trace de chancre aux organes génitaux.

Rien aux doigts ni aux lèvres, ni à la langue ni aux amygdales, ni en aucun endroit du tégument cutané. Nous cherchons alors le bubon qui a dû survivre à la lésion chancreuse sans doute aujourd'hui disparue, et ici nous éprouvons une difficulté en raison de la généralisation accomplie de l'infection secondaire. Tous les ganglions sont volumineux, indolents, et leur hypertrophie n'est pas plus accentuée dans les aines, qu'aux aisselles, par exemple.

Le malade affirme ne pas avoir eu de chancre dans ces temps derniers.

Le seul bobo qu'il ait eu est une écorchure dans la narine gauche remontant à quelques semaines.

De fait, l'adénopathie est beaucoup plus prononcée dans les ganglions sous-maxillaires surtout du côté gauche. De ce côté, en effet, on sent contre le rebord de la mâchoire un ganglion gros comme une noix, lisse, indolent.

En examinant les narines avec un écarteur, on voit du côté gauche une érosion sans limites précises, sans bords, constituée par une surface grisâtre avec un piqueté rouge légèrement sanguinolent au point où l'ulcération atteint à sa partie inférieure la région pileuse des fosses nasales. Il est impossible, même en introduisant le doigt, de sentir une induration quelle qu'elle soit, attendu que l'érosion siège sur la cloison dont elle ne se détache pas sous la forme d'une saillie quelconque.

Le 19, est vu par M. Fournier qui, après l'examen au spéculum nasal, confirme notre diagnostic de chancre intra-nasal. Aspect rouge carminé, luisant, vernissé, grisâtre seulement au bord.

Le malade n'en a pas l'air autrement stupéfait, c'est un ouvrier en instruments de chirurgie; il n'a pourtant pas tenu entre les mains d'instrument sale : « J'aurai probablement caressé quelque femme malpropre, » dit-il. Et il se souvient d'avoir eu mal au nez, où il fourrait toujours son doigt; son mouchoir ramenait des mucosités sanguinolentes, etc.

Sorti depuis peu de l'hôpital, il revient nous voir le 26 septembre. Il dit qu'il est presque guéri; de fait, le spéculum nasal permet de voir que la large plaque érosive de la dernière fois est entièrement cicatrisée dans sa partie inférieure et moyenne, si bien qu'il n'existe plus que deux petites érosions larvacées lenticulaires, très haut dans la narine.

Adénopathies secondaires généralisées volumineuses.

Il se sent du reste fort amélioré depuis que nous le soignons. En trois semaines, dit-il, son poids a augmenté de cinq livres et il travaille maintenant comme si rien n'était.

Roséole en voie de disparition.

Dans l'observation de M. Poncet, telle que nous la trouvons dans les Annales, le chancre faisait saillie et oblitérait la narine; ici c'était l'érosion bénigne insignifiante habituelle au chancre des muqueuses génitales.

Aussi notre malade à nous ne venait-il consulter que pour son éruption généralisée et nullement pour une lésion locale dont il ignorait l'importance. Nous ne savons pourquoi, pour quel symptôme venait consulter la jeune fille de M. Poncet. Pour elle,

l'étiologie est restée inconnue. Notre homme, lui, admettait, comme très vraisemblable, qu'il eût exposé ses doigts à un contact possiblement virulent.

OBSERVATION VIII.

Chancre syphilitique de la cloison des fosses nasales.

Par le D^r A.-B. MARFAN.

(Extrait des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*.)

Pr..., Emile, âgé de 17 ans, journalier, entre, le 17 octobre 1889, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Peter (salle Laënnec, n° 4). Aucun antécédent personnel ou héréditaire.

Le malade a eu des rapports avec la même femme, à trois reprises différentes : une première fois vers le 14 juillet, une seconde vers le 20 août, une troisième vers le 20 septembre. Vers la fin du mois de septembre, il s'est aperçu qu'il survenait une tuméfaction dans la région sous-maxillaire et parotidienne du côté droit. Cette tuméfaction a augmenté pendant huit jours, puis est restée stationnaire.

Le 15 octobre, il s'aperçoit qu'il présente sur le corps, particulièrement sur le tronc, au niveau de la ceinture, de petites taches rouges, et il entre à l'hôpital.

A l'entrée du malade (17 octobre 1889), nous constatons une éruption généralisée, caractérisée par des taches rouges non saillantes, d'une teinte presque cuivrée, et nous diagnostiquons une roséole syphilitique.

Nous cherchons le siège du chancre ; nous ne constatons rien sur les organes génitaux.

L'adénopathie sous-maxillaire et parotidienne du côté droit attire notre attention vers la face ; nous ne constatons absolument rien dans la bouche et dans la gorge.

Mais nous remarquons que l'aile du nez du côté droit est un peu repoussée en dehors et que la narine droite est tuméfiée légèrement.

En regardant dans l'intérieur du nez, après avoir écarté l'aile nasale, nous constatons qu'il existe sur la cloison, à un centimètre environ du bord inférieur, une petite tumeur arrondie, adhérente aux parties profondes, recouverte d'un enduit blanchâtre; son volume est celui d'une petite noisette. Quand on introduit le doigt dans la narine, on constate que cette petite tumeur est extrêmement dure, presque cartilagineuse.

Il n'est pas douteux qu'il s'agit là d'un chancre induré développé sur la muqueuse pituitaire qui recouvre la cloison un peu au-dessus de la portion qui est recouverte simplement par un repli cutané. La sécrétion nasale est à peine augmentée de ce côté.

La tumeur saigne légèrement après les explorations par le doigt.

Chose à remarquer, les phénomènes subjectifs étaient presque nuls, si bien que le malade, d'ailleurs assez borné, ignorait absolument qu'il avait quelque chose dans le nez.

Nous soumettons notre sujet au traitement mercuriel. Le 25 octobre, la roséole a disparu. Le 30 octobre, nous constatons sur le front, à la limite du cuir chevelu, sur le bras droit, et au-dessous du sein gauche, des syphilides papulo-squameuses.

Le 10 novembre, toute éruption a disparu et le chancre est à peu près guéri; mais il reste encore des traces de l'adénopathie sous-maxillaire et parotidienne.

OBSERVATION IX.

Chancre syphilitique du nez à l'union de la portion osseuse et de la portion cartilagineuse,

Par GÉMY, professeur à l'Ecole de Médecine d'Alger.

(Extrait des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*.)

C..., Joseph, 27 ans, journalier, né à Alger d'origine espagnole, entre, le 7 décembre 1889, dans le service de la clinique des maladies syphilitiques et cutanées, se plaignant de ne pas pouvoir respirer par la narine gauche. La région parotidienne et sous-

maxillaire gauche est occupée par un paquet de ganglions volumineux roulant sous le doigt.

Dans la même région, à droite, il n'y a rien.

Les narines sont pulvérulentes surtout à gauche, et le pourtour occupé par une éruption pseudo-vésiculeuse. En examinant la narine gauche, on voit qu'elle est obturée par une lésion dont nous parlerons tout à l'heure.

En découvrant le corps, on constate une éruption confluyente qui occupe tout le tronc, les membres supérieurs et les membres inférieurs.

Cette éruption est constituée par des papules de la dimension d'une petite lentille à une pièce de 50 centimes, et d'une coloration jambon cru.

Le diagnostic n'est pas douteux ; c'est une syphilide papuleuse.

Les cheveux tombent en grande quantité, et les ganglions cervicaux postérieurs sont développés.

La verge est recouverte de quelques papules de même nature que celles du tronc ; le malade est atteint d'un phimosis congénital, et l'on ne constate aucune trace d'accident primitif.

Dans les aines, quelques petits ganglions de la grosseur d'un petit pois. Rien à l'anus. A la bouche, sur la lèvre supérieure et à droite, larges plaques muqueuses. Rien sur les amygdales, le voile du palais et la langue. Interrogé sur ses antécédents vénériens, le malade affirme, non seulement n'avoir jamais eu de maladie vénérienne, mais même n'avoir jamais vu de femme. Cette affirmation est reproduite plusieurs fois avec une sincérité qui ne laisse pas place au doute.

En recherchant donc où a pu siéger l'accident primitif, car il est certain qu'il ne siégeait ni à la verge, ni à l'anus, ni à la langue, ni à l'amygdale, ni aux lèvres, nous sommes conduits à porter notre attention sur la lésion que nous avons constatée au nez.

A l'examen simple, c'est-à-dire sans le secours du rhinoscope, nous constatons, à la partie moyenne de la cloison, une tumeur d'un rose pâle recouverte de taches blanches produites évidemment par la mortification de l'épithélium ; cette tumeur proéminente

obture complètement la fosse nasale de ce côté et empêche la respiration.

L'extrémité des deux petits doigts introduits dans les fosses nasales permet de constater une induration scléreuse.

Examinée au rhinoscope, la lésion siège au niveau de l'union de la partie osseuse et de la portion cartilagineuse de la cloison. Elle est oblique de bas en haut et d'avant en arrière ; elle présente un bord surélevé qui la circonscrit, mesurant dans son aire : 0,015 millimètres de long sur 0,01 centimètre de large ; l'aspect est celui qu'a offert le premier examen.

En introduisant une sonde, on franchit difficilement la tumeur pour pénétrer plus profondément dans les fosses nasales ; on y parvient cependant sans faire saigner la tumeur.

L'éruption vésiculeuse du pourtour de la narine est incontestablement produite par la sécrétion peu abondante qui vient de cette tumeur.

Rien à la narine droite.

Le diagnostic s'impose donc. Chancre syphilitique de la cloison du nez.

Traitement. — Deux pilules de bichlorure de mercure.

Pansement au calomel.

Dans les jours qui suivent, la lésion de la cloison du nez s'affaïsse, la cicatrisation commence à son pourtour, circonscrivant une légère ulcération grisâtre. Le malade commence à respirer par cette narine.

Le 5 janvier. — L'induration seule persiste il n'y a plus d'ulcération et la respiration se fait avec la même facilité des deux côtés.

L'éruption papuleuse a disparu ne laissant qu'une pigmentation foncée : le malade demande son *exeat* qui lui est accordé.

OBSERVATION X.

Moure (*Thèse de REBOUL*).

Maurice X..., âgé de 25 ans, vient à la consultation le 22 juin 1891, pour un mal au nez qu'il ressent depuis un mois et demi

environ. A ce moment, son état général est excellent : ses antécédents héréditaires n'apprennent rien. Il n'a jamais été sérieusement malade quoiqu'un peu effrayé d'un contact qu'il a craint d'être infecté ; il ne présente aucune trace de syphilis, la verge est intacte, saine ; la surface de la peau absolument normale. A l'examen de la fosse nasale, on constate une ulcération saillante ayant environ la dimension d'une pièce de 50 centimes un peu allongée dans le sens antéro-postérieur et occupant le cartilage quadrangulaire. L'orifice de la narine gauche est en grande partie obstrué par le néoplasme, la respiration est impossible de ce côté. Léger engorgement des ganglions sous-maxillaires et préauriculaire du côté gauche. La gorge est saine dans toutes ses observations.

On fait un pansement à l'iodoforme et on prescrit des lavages avec une solution de résorcine et des insufflations d'iodol et d'acide borique, car le malade ne tient pas à faire usage de l'iodoforme.

Le 8 juillet, la lésion nasale continuant à aller mieux, le malade se plaint d'un peu de mal de gorge, d'une gêne qu'il éprouve, dit-il, depuis deux jours seulement.

A l'examen, on constate des amygdales rouges, tuméfiées, plus saillantes que de coutume : sur la face antérieure du pilier, il existe quelques plaques opalines.

(Extrait *Thèse Reboul de Bordeaux*, 1892, p. 46.)

OBSERVATION XI.

Communiquée en mai 1892, à la Société de Laryngologie.

(*Hicguet, tirée de la thèse de LE BART.*)

Je me rappelle avoir observé deux cas de chancre situé à l'entrée des fosses nasales, sur le côté de la cloison. Ces deux chancres s'étaient développés chez des typographes. J'ai recherché la porte d'entrée : ces individus, qui étaient très francs, m'ont dit n'avoir eu aucun rapport avec d'autres femmes que la leur, et leurs femmes étaient absolument indemnes. Ils me donnèrent comme raison que les typographes respiraient beaucoup de poussière d'antimoine, étaient presque tous priseurs et se servaient d'une tabatière com-

mune : c'est la seule explication que j'aie pu trouver de cette inoculation. J'ai eu l'occasion de voir moi-même la femme de l'un d'entre eux qui ne présentait aucune trace de syphilis ; j'ai donc cru devoir m'en rapporter à leur dire.

A propos de l'observation du docteur Hieguet, voici ce que dit M. Reboul dans sa *thèse de Bordeaux*, 1892, p. 47 :

« Dans ce cas, c'est donc l'usage d'une tabatière commune qui a amené la contagion. »

Ce fait, d'ailleurs, n'est pas une exception, et, en Belgique, on a pu observer encore d'autres cas de chancres contractés de la même façon et dans les mêmes ateliers de typographes.

OBSERVATION XII.

Chancre du nez.

Traduite par P.-B. DE DUNCAN BULKLEY (Syphilis in the Innocent New-York, 1894).

M. V. D..., âgé de 38 ans, vint me trouver, le 2 octobre 1888, au sujet d'une grave affection de la narine gauche, accompagnée d'un état érythémateux et inflammatoire des tissus externes.

Il fut reconnu que, le 2 du mois de mars, sept mois avant sa visite, il avait remarqué que du mucus se collectait et se desséchait dans la narine, et alors s'était adressé à un chirurgien qui l'avait souvent soigné par des vaporisations et des onctions, mais la douleur avait persisté et même augmenté jusqu'à ce qu'il se présentât à mon cabinet. Les lésions externes avaient apparu trois semaines avant sa visite. Il n'avait suivi aucune médication interne, parce que sa maladie n'avait pas été reconnue être la syphilis.

Il y avait alors un énorme gonflement de toute la narine gauche, qui était dilatée et recouverte intérieurement, sur la paroi interne, d'une croûte sèche et, sur les bords, une surface ulcérée non recouverte de croûte. La paroi externe du nez était tuméfiée et couverte de petits bourgeons.

Il n'y avait pas trace nulle part de syphilis antérieure, et la

lésion fut suspectée être un chancre plutôt qu'une manifestation tardive de la maladie; mais le diagnostic était très difficile à établir à la première visite. Il lui fut donné en traitement des applications directes de pommade au calomel et oxyde de zinc, sur l'intérieur et l'extérieur de la narine malade.

Une semaine après, on remarque un grand changement dans l'état de la maladie : le nez avait été envahi extérieurement par une rougeur et un gonflement considérable et l'ulcération intérieure de la narine avait augmenté. A cette visite, le malade fut examiné sérieusement, et l'on découvrit une maculo-papule syphilitique d'odeur infecte; il y avait adénopathie marquée et, plus tard, des plaques muqueuses..., etc.

Deux semaines après sa première visite, l'inflammation du nez avait à peu près disparu et il fut reconnu que l'aile gauche du nez présentait une surface dure comme de l'ivoire qui persista d'une façon très nette et fut remarqué chaque fois qu'on l'examina, même six semaines après. L'ulcération de la lésion primitive de la surface muqueuse de l'aile du nez était complètement guérie quelques semaines après sa première visite.

En cherchant le mode d'infection, on trouva que, lorsqu'il était employé des douanes, il avait l'habitude de fréquenter souvent les matelots et de se servir des mêmes linges..., etc. On supposa alors que, en s'essuyant le nez avec un linge, il s'était inoculé le virus sur une surface ulcérée à l'intérieur ou sur le bord de la narine gauche. Il n'avait conscience d'aucun autre mode de contagion; aucune lésion génitale, et ne s'était pas exposé, depuis deux ans, à des rapports sexuels.

OBSERVATION XIII.

Un caso di sifiloma iniziale del Letto nasale cartilagineo,
per il Dottore ROBERTO CIMMINO, Assistente

(*Boll-delle maldetti d'ell' Orenchio, anno XII, N° 2, 1894.*)

Joseph Salzullo, âgé de 17 ans, de Barra, se présente, l'an dernier, à la clinique pour des douleurs au nez qui s'irradiaient à toute la moitié gauche de la tête, et qui, de nuit, augmentaient au

point de lui enlever le sommeil depuis le commencement de la maladie qu'il faisait remonter à une vingtaine de jours.

L'aspect extérieur du nez est normal, ainsi que celui de la fosse nasale droite, mais la gauche est notablement rétrécie, au point que la respiration n'a pas lieu de ce côté.

A l'examen rhinoscopique, on constate que l'aile du nez est saine, mais sur le septum cartilagineux, à un demi-centimètre du bord, se trouve une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, ronde, recouverte d'une couche légère de muco pur, au-dessous de laquelle se voit une surface grisâtre sanguinolente.

A la pression, on constate une dureté cartilagineuse, et l'on observe que les bords rappellent ceux d'un capuchon de champignon à très court pédicule. Les glandes sous-maxillaires, à gauche, sont notablement hypertrophiées et d'une dureté pierreuse, et le malade dit que ces glandes n'ont pris ce volume qu'au moment où se manifesta l'occlusion de la narine et les douleurs nasales.

La coexistence de ces glandes qui atteignent le volume d'un œuf de poule et qui ont tous les caractères de l'adénite spécifique, doit être tenue en grande considération. C'est un des symptômes qui manquent rarement et auquel Ricord a donné la plus grande valeur, opinion partagée par Sigmund et Baresprung, sans parler des autres.

Pas d'épithaxi. Plaques muqueuses. Une quinzaine de jours après, syphilides papuleuses diffuses sans gravité. Guérison après une quarantaine d'injections hypodermiques de sublimé et traitement local. On voyait sur la cloison, au milieu d'une surface rouge, une surface opaline et rien autre.

La restauration *ad integrum* est obtenue comme dans la plupart des autres cas de ce genre.

OBSERVATION XIV.

Chancre syphilitique de la muqueuse nasale.

Par M. le D^r THIBIERGE, médecin du Bureau Central.

(*Gazette hebdomadaire*, 28 avril 1894.)

X..., âgé de 52 ans, teinturier en laines, se présente, le 8 décembre 1893, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon maître M. Besnier, que j'avais l'honneur de suppléer.

Il venait consulter pour une lésion du nez qui était tuméfié d'un rouge légèrement livide dans toute son étendue, la remontant jusqu'à l'insertion de la paupière inférieure, accompagnée d'une légère tuméfaction des parties atteintes qui s'effaçait à leur limite sans constituer de bourrelet comparable à celui d'un érysipèle, mais était néanmoins nettement limitée.

A première vue et malgré l'absence de bourrelet, l'impression produite était celle d'un érysipèle ; mais l'examen plus attentif de la lésion et l'interrogatoire du malade montraient que ce diagnostic était erroné.

En effet, le début des lésions remontait à deux mois, et il y avait un mois environ que, débordant le nez, siège initial du mal, elles avaient envahi les joues, et, depuis lors, leur aspect ne s'était pas sensiblement modifié.

En faisant préciser davantage la succession des accidents, on apprenait que, deux mois auparavant, il s'était développé, à la partie interne de la narine gauche, au voisinage immédiat de l'orifice, un petit bouton qui déterminait une sensation de gêne et que le malade écorcha à plusieurs reprises avec ses doigts ; ce petit bouton s'étendit et déborda légèrement le nez pour atteindre la lèvre supérieure. Puis, il y a environ un mois, le nez s'était tuméfié et, dans l'espace de huit à dix jours, les lésions prirent l'aspect qu'elles présentent actuellement à la suite d'applications d'eau-de-vie.

Le malade consulta d'abord, pour la lésion intra-nasale, un pharmacien qui lui remit une pommade jaunâtre, puis un médecin qui lui fit introduire, dans le nez, des tampons d'ouate recouverts d'une pommade blanche, et, il y a trois semaines, un autre médecin qui

lui ordonna des cataplasmes de fécule de pommes de terre et, ultérieurement, après avoir vu apparaître sur le nez des boutons d'apparence acnéique, des pansements à l'eau boriquée et de la vaseline boriquée.

Le malade attribue la progression des lésions aux applications qu'il a faites et à l'irritation produite par les poussières de laine imprégnées de matières colorantes qu'il est exposé à respirer continuellement dans l'exercice de sa profession.

Lorsqu'on examine attentivement les parties malades, on constate que la tuméfaction, tout en portant sur la totalité du nez, prédomine sur la narine gauche qui fait une saillie considérable déformant l'organe. Le tégument est rouge, parsemé, par places, de très petites squames consécutives à des vésicules produites par les applications externes. On voit, par places, des cicatrices déprimées de pustules, reliquats de la variole dont le malade a été atteint à l'âge de 13 ans ; ces cicatrices, jointes à la tuméfaction et à l'infiltration des parties malades, rappellent quelque peu l'aspect de certaines lésions syphilitiques tertiaires de la face.

La consistance des tissus, sensiblement normale au niveau de la racine du nez et sur toute l'étendue de la narine droite, est profondément modifiée dans la partie inférieure de la narine gauche et au niveau des lobules qui sont infiltrés durs, donnant la sensation d'une masse résistante presque cartilagineuse dans laquelle le doigt ne peut s'enfoncer.

L'orifice narinaire gauche, au lieu d'être aplati transversalement comme le droit, tend à se rapprocher de la forme d'un cercle ; il est en même temps très élargi et environ trois fois plus large que celui du côté droit.

Sur tout son pourtour, il est exulcéré et l'exulcération se prolonge dans la narine ; la surface de l'ulcération est d'un rouge assez foncé, lisse, très légèrement suintant d'aspect comme vernissé avec quelques points rouges plus foncés ; son bord est un peu sinueux, limité par un petit liséré de squames blanchâtres.

Dans sa portion sous-nasale, la lèvre supérieure est tuméfiée, rouge, l'ulcération empiétant sur elle dans l'étendue d'un demi-centimètre environ.

La rougeur se prolonge sur les deux joues, mais y est moins prononcée que sur le nez ; elle occupe la joue gauche depuis la base de la paupière inférieure jusqu'à la commissure labiale, et la joue droite dans une étendue un peu moindre et s'accompagne d'un certain degré de tuméfaction, mais il n'y a aucune trace d'induration : les parties tuméfiées ont une consistance plutôt molle et donnent plutôt au doigt la sensation de l'œdème.

On trouve dans les régions parotidiennes et sous-maxillaires des ganglions durs, non adhérents, ne dépassant pas le volume d'une petite noisette, plus volumineux et plus nombreux à gauche qu'à droite.

Sur la face, on voit quelques taches rouges, de la dimension d'une lentille, développées il y a huit jours environ. C'est vers la même époque que sont apparues quelques papules rouges, disséminées sur le tronc où elles sont entremêlées de macules de roséole que l'on retrouve également sur les membres.

Adénopathies multiples rétro-cervicales et inguinales ; chute des cheveux ; pas de lésions des muqueuses. Aucune trace de chancre dans la région génitale.

Le malade a séjourné dans le service pendant deux mois. L'exulcération s'est d'abord étendue sur la sous-cloison, puis les lésions ont commencé à se réparer, la tuméfaction du nez et des parties adjacentes a diminué sous l'influence de pansements antiseptiques, en même temps que les autres lésions syphilitiques se sont amendées sous l'influence des injections d'huile grise. A sa sortie de l'hôpital, le volume du nez avait considérablement diminué et, quoique l'induration des narines ait persisté, les lésions ne rappelaient plus que de très loin l'aspect qu'elles offraient au moment de son entrée.

Les caractères de l'ulcération nasale, sa durée, l'induration de sa base, les symptômes concomitants de syphilis secondaire ne peuvent laisser de doutes sur sa nature : il s'agit indubitablement d'un chancre syphilitique.

La cause de la localisation sur la muqueuse nasale nous a complètement échappé : le malade n'a eu, assure-t-il, aucun contact suspect ; il vit, depuis six mois, avec une femme chez laquelle il

n'a observé aucune lésion de la peau ou de la muqueuse buccale ; il ne se sert que de mouchoirs lui appartenant et, s'il accuse avec raison sa profession d'avoir contribué à aggraver sa lésion nasale, il ne sait à quoi attribuer son développement.

(Voir la gravure ci-contre, Fig. 1.)

OBSERVATION XV.

Chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire,

Par M. P. CHAPUIS, interne des hôpitaux de Lyon.

(*Gazette des Hôpitaux*, 1895).

Chat..., Auguste, 23 ans, entré à la clinique de M. le professeur Gailleton, suppléé par M. Rollet, agrégé. Il vient de faire trois ans en Algérie, dans un régiment de zouaves ; libéré depuis la fin de septembre 1893. Pas d'antécédents pathologiques avant le régiment. Huit mois après son incorporation, blennorrhagie qui guérit fort simplement en moins de cinq semaines. Jamais de chancre. Chat... affirme, de la façon la plus catégorique, n'avoir pas vu de femme dans les deux derniers mois de son séjour à T..., c'est-à-dire pendant août et septembre tout entiers. La chose, au premier abord, étrange, s'explique par des raisons majeures. Le choléra existait alors dans la région, et l'autorité militaire, dans la crainte d'une épidémie, avait fait défendre aux soldats, et garder par des factionnaires, l'accès des deux maisons publiques de Sét..., toute la ressource de la garnison. Nous insistons sur ce fait et sur les dates qui suivent et que nous avons pu reconstituer avec la plus absolue précision ; il en découlera plus tard des considérations intéressantes sur l'étiologie de l'affection actuelle.

Aux deux points extrêmes de la traversée, Bougie, le 28 septembre, Marseille, le 30, les soldats, menés sous escorte, ont dû garder une obligatoire continence. Puis, à Paris, où Chat... passe quinze jours chez des parents, il est empêché par son ignorance des endroits favorables, et par la présence continuelle, dans ses sorties, d'une personne de sa famille. Enfin, il est de retour à

Saint-Etienne, son pays natal, le 16 octobre. Il passe la nuit avec une fille de maison : coït normal, attouchements. Il y avait donc ce jour-là plus de deux mois et demi, près de trois mois que Chat... n'avait eu aucune espèce de rapports vénériens. A cette date du 18-19 octobre, il est sûr qu'il n'avait absolument rien du côté du nez. Trois jours après, quatre au plus, il s'aperçoit d'une petite ulcération, à peine large comme la tête d'une épingle, à l'intérieur de la narine droite, sur la face interne de l'aile nasale. Cette ulcération devint rapidement la cause de cuissons continuelles, assez vives à l'air froid, mais la douleur restait toute locale. Dès les premiers jours, une rougeur sombre apparut sur la narine correspondante, en même temps que les ganglions sous-maxillaires du même côté devinrent gros et douloureux. Puis l'ulcération s'est étendue progressivement, gardant une teinte rouge, mais sans hémorragies, et laissant suinter un peu de sérum louche sans véritable suppuration. Au bout d'une dizaine de jours, le nez avait pris un si vilain aspect que le malade n'osait plus se montrer dans la rue. Enfin, sur l'avis de M. le docteur Duchamp, chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne, qui avait reconnu un chancre syphilitique, Chat... se présentait à l'Antiquaille le 16 novembre, c'est-à-dire au vingt-trois ou vingt-quatrième jour après le début de son mal. Nous avons relevé à cette date les particularités suivantes :

Les deux tiers inférieurs du nez sont déformés par une infiltration cedémateuse qui prédomine à droite. Le lobule forme une masse arrondie, les ailes du nez sont épaissies et élargies, surtout celles du côté droit. La sous-cloison pend, abaissée. Sur toute cette région s'étend une teinte rose sombre, livide, ou plutôt violacée, lie de vin clair. Cette rougeur colore un œdème dur, lisse, poli, luisant, qui se laisse maintenant palper entre les doigts sans douleur. A la surface, de petites squames blanches pareilles aux furfures d'un érysipèle qui s'éteint.

En renversant la tête du malade de façon à bien voir de face l'intérieur des narines, voici ce qu'on trouve : l'ulcération a fait maintenant le tour de la paroi intérieure de la narine droite ; elle occupe toute la lèvre interne du rebord de l'aile et de la sous-

cloison, de façon à décrire une couronne ovalaire complète, à grand axe antéro-postérieur.

Ce n'est pas l'ulcération elle-même qui apparaît tout d'abord, mais des croûtes impétigineuses irrégulières, épaisses, obturant en partie l'entrée de la narine ; ces croûtes interceptent un orifice irrégulier et étroit : d'où une certaine gêne de la respiration, et le sommeil avec la bouche ouverte. La surface extérieure des croûtes n'est pas humide ; mais, par leurs bords, suinte, la nuit, une sérosité louche, qui tache comme du pus clair. Les croûtes enlevées, une ulcération apparaît, dont le fond n'est pas creusé ni surélevé, mais à peu près sur le même plan que les parties circonvoisines. Ce fond est d'un beau rouge jambon, à part un point large comme une lentille où les parties superficielles sont d'un gris de nécrose. Les bords dessinent une ligne courbe assez régulière, ils ne sont pas à pic ni décollés ; ils se continuent avec le plan du fond. Le palper bidigital de ces bords qui reposent sur une infiltration rénitente ne donne pas d'autre sensation tactile que la demi-dureté de l'œdème local.

L'ulcération remonte jusqu'à 2 centimètres et demi ou 3 centimètres environ dans la narine droite.

Dans la narine gauche, dont l'entrée est rétrécie par l'épaississement de la sous-cloison, on trouve de petites croûtes d'impétigo qui n'ont aucun cachet de spécificité.

Les ganglions sous-maxillaires droits dont l'envahissement coïncide avec le début de l'ulcération intra-nasale, font une masse très apparente. Au toucher, on en trouve trois durs et maintenant indolores. Pas d'adénopathie préauriculaire ni génienne. A gauche, deux adénopathies sous-maxillaires, qui datent seulement de deux ou trois jours, sont moins volumineuses qu'à droite et douloureuses au palper.

Les ganglions cervicaux ne sont pas pris, mais, à droite et à gauche, tout près de la grande corne de l'os hyoïde, on constate une adénite qui s'explique aisément par l'infection de la pituitaire. On sait, en effet, que les lymphatiques de cette muqueuse aboutissent à deux ordres de ganglions :

Un ou deux ganglions au siège précis que nous venons d'indiquer

et un autre volumineux au-devant du corps de l'axis. Nous avons pu facilement explorer, à plusieurs reprises, cette dernière région ; nous n'y avons pas trouvé d'adénopathie.

Depuis une dizaine de jours, le malade souffre d'une hémicéphalalgie droite continuelle, à caractères névralgiques, assez accusée pour donner de l'insomnie.

Rien aux organes génitaux ; rien à l'anus ; rien dans la bouche.

La netteté et l'éloquence des signes que nous venons d'exposer imposaient le diagnostic de M. le docteur Duchamp, diagnostic auquel une belle roséole papuleuse, développée dans la nuit même du 16 ou 17 novembre, vint donner une sanction définitive.

20 novembre. — L'éruption est dans toute sa beauté composée de petites papules rose sombre, très serrées sur le thorax et la région épigastrique, plus disséminées sur l'abdomen et les membres.

Fin décembre. — Soumis au traitement habituel, les accidents initiaux et les syphilides ont suivi une évolution normale. Ces dernières ont actuellement disparu ; les ganglions sous-maxillaires ne sont plus apparents et il ne reste, à la place du chancre, qu'une légère tache rose un peu plus dure au palper que les parties voisines.

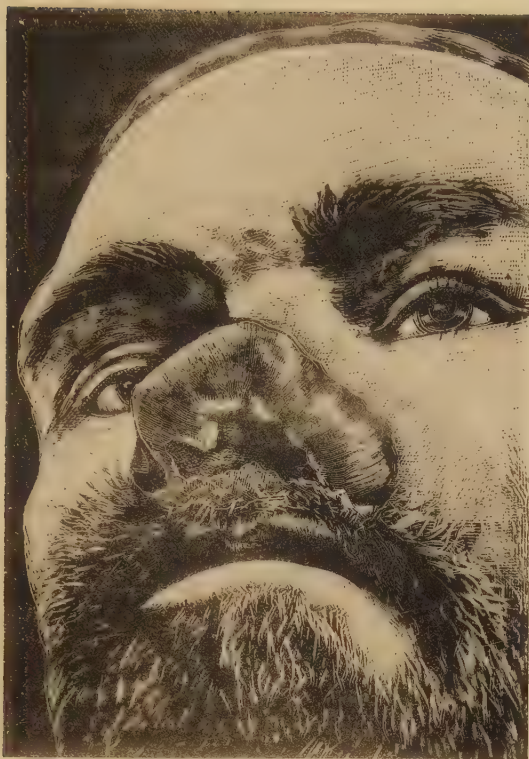
L'étiologie de ce chancre syphilitique intra-nasal n'est pas l'un des points les moins intéressants de son histoire. Si l'on se reporte aux dates que nous avons données au début de l'observation, et de l'exactitude desquelles nous sommes absolument sûr, on voit que le dernier coït n'a précédé que de trois jours, de quatre au plus, la perception par le malade de l'ulcération initiale qui a évolué progressivement vers le chancre induré. Or, ce n'est là que le début apparent du chancre syphilitique, le début réel était encore plus rapproché de la date des derniers rapports vénériens.

Avec une aussi courte incubation, faut-il admettre que ces derniers sont coupables de l'infection ? Nous savons bien que M. Le Fort a signalé trois cas dans lesquels l'incubation n'a duré que soixante-douze heures et M. Diday une incubation de vingt-quatre heures seulement. Mais on a contesté l'authenticité de ces cas. Tout en admettant que ces auteurs aient pu être en possession

FIG. I.

OBSERVATION XIV

Cas de M. Thibierge



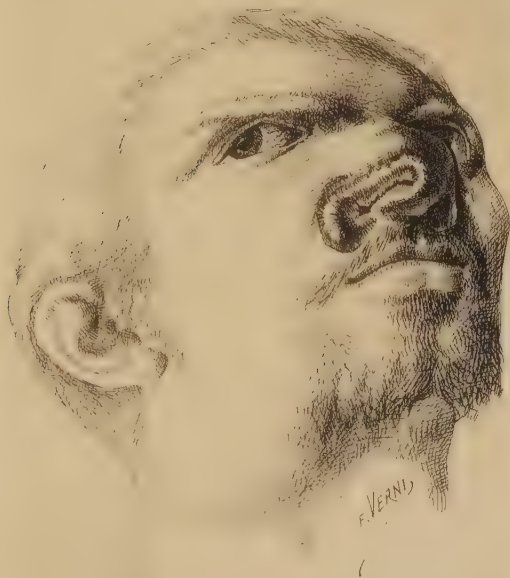
CHANCRE SYPHILITIQUE DE LA MUQUEUSE NASALE

Fig. tirée de la thèse de BAZÉNERIE.

FIG. II.

OBSERVATION XV

Cas de M. Chapuis



CHANCRE SYPHILITIQUE DE LA MUQUEUSE NASALE

Fig. due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé E. ROLLET.

de renseignements et de dates exacts, on a pensé qu'ils avaient été induits en erreur par des chancres mixtes.

Faut-il accuser l'avant-dernier coït qui remonte à quatre-vingts jours au moins avant l'apparition de l'accident primitif ? Ce serait alors un fait exceptionnel à ajouter aux trois faits de Simonet et de Le Fort où l'incubation aurait duré quatre-vingt-dix jours. De préférence à une origine aussi rapprochée ou aussi lointaine, qu'on ne saurait admettre que par analogie avec des faits exceptionnels et du reste fort contestés, nous pensons qu'il s'agit ici d'une infection indirecte étrangère à tout contact vénérien et des plus accidentelles dont nous croyons avoir débrouillé le processus. Ce jeune homme était en Algérie ordonnance de son capitaine, et il est absolument certain que cet officier était atteint d'une maladie vénérienne sur la nature de laquelle il ne peut naturellement pas être aussi affirmatif. Le capitaine déguisait assez peu, du reste, les soins qu'il se donnait ; chez lui, il jetait tous les jours, sur le parquet, des matières à pansements : du coton, de petits morceaux de linge souillés de pus et d'iodoforme que l'ordonnance était obligé de ramasser et de porter aux cendres.

Etant donnée, d'autre part, la mauvaise habitude que Chat... a toujours eue de porter les doigts dans ses narines, où il avait fréquemment des croûtes d'impétigo, il est tout facile de reconstituer le mode de contagion suivant lequel il a été infecté.

En admettant cette étiologie qui n'a rien de fantaisiste, mais repose au contraire sur des dates précises et sur des renseignements minutieux fournis par un malade aussi intelligent que sincère, nous nous trouvons dans le cas d'une incubation syphilitique normale dont la durée moyenne est de quinze à trente-cinq jours.

Dans notre hypothèse, l'incubation minimum n'aurait pas duré moins de vingt-deux jours ; on peut en reporter le maximum aussi loin qu'on voudra à travers les mois de septembre et d'août.

(Voir la gravure ci-contre, Fig. 2.)

OBSERVATION XVI.

Syphilôme initial de la fosse nasale droite.

Par ARSLAN YERWANT (*Archivi Italiani di Laringologia*
anno 1894).

Traduction de M. le D^r BARONCELLI.

En 1893 (4 octobre), une jeune femme se présente à la poly-ambulance médico-chirurgicale, Thérèse R..., de 20 ans, née à Volta-Barazzo (province de Padoue), accusant de très vives douleurs dans toute la moitié droite de la tête, accompagnées des symptômes d'une rhinite droite aiguë (obstruction de la fosse nasale, larmolement, écoulement muqueux, respiration difficile, etc.).

Depuis deux jours, à ces symptômes qui dataient de deux semaines, s'étaient joints une tuméfaction assez douloureuse de la région sous-maxillaire droite et de la partie latérale externe du nez, diminution des forces, insomnie, et un peu de fièvre et quelques malaises.

La malade, de forte constitution, a toujours joui d'une santé excellente. Rien du côté héréditaire. Elle est enceinte de quelques mois. Extérieurement, on remarque qu'à droite la région sous-orbitaire et la région latérale du côté du nez sont tuméfiées, rouges et douloureuses à la moindre pression. A la palpation minutieuse, on parvient à délimiter, à un centimètre environ de l'aile du nez, une surface plate, un peu dure, à bords bien distincts et qui soulève la paroi externe de la fosse nasale droite.

A la région sous-maxillaire droite, on remarque un engorgement ganglionnaire considérable, un peu douloureux à la pression; à gauche, l'adénite est bien moindre. Le ganglion préauriculaire du côté droit est à peine sensible; deux ganglions de la région rétro-cervicale ont grossi.

A l'examen de la cavité buccale et pharyngienne, rien de particulier.

A l'examen rhinoscopique postérieur, on voit que l'amygdale droite est recouverte par un amas blanchâtre, la gauche n'a rien.

A l'examen des fosses nasales, la gauche est normale, sauf une légère déviation de la cloison. A droite, près de l'orifice externe de la narine, la fosse est obstruée par une masse blanc grisâtre qui, comme une *pseudo-membrane*, occupe la moitié supérieure du cartilage quadrangulaire, s'étendant jusqu'à la paroi supérieure. En épongeant avec du coton la couche d'exsudat, on met à nu une ulcération à surface lardacée, fongueuse par place, à bords irréguliers, qui saigne facilement et de consistance assez dure. La muqueuse qui l'entoure est fortement hyperémisée.

Ces caractères que nous venons de décrire nous firent soupçonner l'existence d'un chancre syphilitique, quoique la malade ne présentât aucune autre manifestation spécifique à ce moment-là.

Pour les premiers jours, nous nous sommes borné à une simple désinfection de la fosse nasale droite.

Dix jours plus tard, apparurent la roséole caractéristique, les ostéalgies, la céphalée nocturne et l'augmentation des adénites spécifiques. Dès lors, la malade fut soumise au traitement mercuriel (proto-iodure), joint aux gargarismes de chlorate de potasse et d'acide borique.

Le 26 du même mois, apparurent des plaques muqueuses dans la gorge et aux lèvres. Rien aux organes génitaux.

Quelques jours après avoir institué le traitement spécifique, une grande amélioration se produisit ; suppression des douleurs dans la moitié droite de la tête, diminution de la céphalée ; la fosse nasale malade devint plus perméable, la tuméfaction des parties sus mentionnées allant rapidement en diminuant, ainsi que la roséole. Cependant, les plaques muqueuses persistaient en s'étendant même à la partie postérieure du pharynx.

Pendant que la malade suivait le traitement et précisément les premiers jours de janvier, elle avorta ; le fœtus de six mois était en état de macération.

Le 12 mars 1894, la dernière fois que nous vîmes la malade, on pouvait la considérer comme guérie des manifestations qu'elle présentait. A l'examen de la fosse nasale droite, on trouve, à la place de l'ulcération indurée, un tissu cicatriciel, d'aspect et de consistance fibreux, qui suit la cloison cartilagineuse et va se terminer

à la partie supérieure, rétrécissant la lumière de la cavité nasale. L'état général est très bon. Les fonctions digestives et respiratoires sont normales.

Maintenant, en résumant la symptomatologie présentée par notre patiente, nous avons un groupe de symptômes tellement caractéristiques que nous sommes conduit d'emblée au diagnostic de syphilôme primitif des fosses nasales : obstruction et écoulement unilatéral du nez avec phénomènes aigus, douleur plus ou moins vive à la région sous-orbitaire, se répandant à presque toute la moitié correspondante de la tête, adénite spécifique et douloureuse de la région sous-maxillaire du même côté, tuméfaction de la cavité nasale affectée et aussi des parties voisines, larmolement, prostration des forces, malaise, état févreux vers le soir, aspect et consistance de l'ulcère nasal, etc.

Dans notre cas, nous avons cherché à nous expliquer le mode de contagion. Le mari, qui, au début, avait gardé une prudente réserve, à la suite de notre insistance avoua avoir, depuis une année, des manifestations spécifiques dans la gorge. En effet, après examen, nous avons trouvé des plaques muqueuses sur les amygdales.

La femme, d'après ce qui nous a été dit, portait souvent les mains dans la bouche de son mari.

Ainsi, le mode de contagion furent les doigts qu'elle avait la mauvaise habitude de porter souvent à son nez.

Voilà un des nombreux dangers auxquels s'exposent ceux qui sont victimes de cette mauvaise habitude.

OBSERVATION XVII.

Syphilôme primitif intra-nasal de forme anormale,

Par M. le D^r RUEDA, de Madrid.

(*Revue de Laryngologie*, février 1895.)

M^{me} N..., âgée de vingt-quatre ans, mariée, sans histoire de syphilis ni de tuberculose, vint à ma consultation, l'hiver passé, à cause d'une obstruction de la fosse nasale gauche, jointe à une douleur s'irradiant à tout le côté de la face.

Légère fluxion muco-purulente et tuméfaction des ganglions sous-maxillaires du même côté, qui sont très douloureux spontanément et à la pression : phénomènes de cause inconnue et que la patiente attribue à un coup de poing reçu un mois avant sa présentation à la clinique.

En recherchant dans ses antécédents, nous trouvâmes que l'obstruction et la douleur nasale avaient débuté et que le gonflement ganglionnaire était venu ensuite.

L'examen rhinoscopique nous montre, sur le côté gauche de la cloison, à la partie antéro-inférieure du cartilage quadrangulaire, une élévation ovale, pleine, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes ; ses bords sont élevés, rouges, et la surface ulcérée est tapissée de pus adhérent, partiellement recouvert d'une couche grisâtre, d'aspect fibroïde, que nous pouvons enlever avec une pince ; cette ablation laisse au-dessous une surface légèrement granuleuse et sanguinolente.

Cette saillie papuliforme arrive jusqu'au contact, avec la paroi externe, occasionnant une déformation de la face qui ressemble un peu à celle de la paralysie de la septième paire.

Sa consistance est dure et, pour ne pas la confondre avec celle du fibro-cartilage, je fais usage de deux stylets, comprimant les extrémités du diamètre antéro-postérieur de la saillie. Cette dernière ressemble à la sclérose syphilitique initiale.

Les ganglions sous-maxillaires sont considérables, durs, distinctement séparés entre eux ; c'est la vraie pléiade de Ricord. Étaient aussi intéressés, quoique à un degré moindre, les ganglions latéraux du cou, situés à la partie interne du sterno-cléido-mastoïdien, ainsi que, plus tard, les ganglions préauriculaires. Chose digne de remarque, ces dernières arrivèrent même à suppuration, après avoir provoqué un œdème étendu, occupant jusqu'à la région temporale et palpébrale.

Une fois la maladie arrivée à cette sorte d'acné, les symptômes s'amendèrent rapidement, les ganglions diminuèrent de volume, l'obstruction nasale, la douleur, ainsi que toute trace d'ulcération disparurent, sans avoir employé, pour obtenir ce résultat, d'autre traitement que de simples pansements au sublimé.

OBSERVATION XVIII.

Deux cas de chancre primitif de la cloison nasale,

Par M. le D^r J. GAREL, médecin des Hôpitaux de Lyon.

(*Revue de Laryngologie*, 1895.)

J..., 33 ans, employé de commerce, se présente à la consultation de l'hôpital de la Croix-Rousse, le 15 mai 1894. Cet homme se plaint de douleurs dans le nez, du côté gauche. Il n'est atteint d'aucune affection grave, il a eu une blennorrhagie en 1875, mais jamais de lésions syphilitiques. La douleur nasale date de huit jours environ ; elle s'accompagne d'une obstruction complète de la narine gauche. Le courant d'air ne passe plus par cette narine. Il existe, en outre, de ce côté, un écoulement peu abondant, d'un liquide épais, jaunâtre. Pas d'épistaxis. Le malade éprouve aussi une céphalée persistante.

Je constate, dans la cavité nasale gauche, sur la cloison, à deux centimètres de l'orifice antérieur, une tuméfaction toute spéciale, qui ne ressemble à aucune des lésions ordinaires que l'on rencontre le plus souvent dans le nez.

La lésion consiste en une ulcération blanchâtre, entourée d'une zone rouge en forme de bourrelet saillant.

Je n'hésite pas à voir, dans cette lésion, une lésion tertiaire, et je prescris quatre grammes d'iodure de potassium par jour.

Le malade est interrogé avec soin sur ses antécédents.

Il paraît répondre avec une entière sincérité.

Il n'aurait jamais eu de chancre.

Je dois ajouter qu'il s'est marié au commencement du mois d'avril, et qu'il n'avait à cette époque pas vu de femme depuis deux mois.

Le 22 mai, je revois le malade. L'ulcération est beaucoup plus petite, et le bourrelet inflammatoire a complètement disparu.

Le 18 juillet, notre malade, que nous avons considéré comme guéri, revient à la consultation avec des plaques muqueuses de la bouche, de la dysphagie et une roséole sur le tronc. Le nez est absolument guéri et il est impossible de soupçonner même la

moindre trace de la lésion antérieure ; à ce moment, il n'y a plus de doute, la lésion qui avait été considérée comme une lésion tertiaire, n'était rien autre qu'un chancre primitif de la cavité nasale. Il existe, en effet, de chaque côté de la mâchoire, un ganglion dur de la grosseur d'une noisette. Les ganglions n'avaient pas été recherchés au début, mais le malade se souvient parfaitement qu'ils existaient déjà et même qu'ils étaient plus volumineux. J'institue un traitement spécifique mercuriel.

Le 24 juillet, le malade va consulter mon collègue le D^r Cordier, qui confirme le diagnostic de syphilis et constate d'ailleurs un chancre sur la petite lèvre gauche de la femme du malade.

OBSERVATION XIX.

D^r J. Garel.

S..., âgé de 22 ans, appréteur, à Lyon, se présente à la consultation de la Croix-Rousse, le 5 janvier 1895.

Il se plaint d'une obstruction de la narine droite et nous montre une petite ulcération siégeant à la partie inférieure de la cloison.

Cette ulcération est de forme elliptique ; elle a une dimension de 7 à 8 millimètres de longueur sur une largeur de 3 millimètres à peine.

Elle est déprimée en cupule, mais ses bords ne sont pas décollés. Le fond de l'ulcération est garni d'une croûte brunâtre. La lésion siége néanmoins sur un boursofflement de la muqueuse, et lorsqu'on examine la fosse nasale avec le spéculum, on voit que le gonflement s'étend presque dans toute l'étendue de la cloison en arrière.

Cette tuméfaction est dépressible à l'exploration au stylet. Au premier abord, nous ne pensons pas à un chancre de la cloison ; cependant, nous considérons la lésion comme suspecte et nous explorons la cavité buccale.

Nous constatons des plaques muqueuses sur les deux amygdales. Il existe un paquet ganglionnaire sous-maxillaire du côté droit.

Le malade est interrogé au point de vue de la syphilis. Il affirme

n'avoir jamais eu de chancre et déclare qu'il n'a pas eu de rapports sexuels avec d'autres femmes que la sienne.

On constate sur le tronc une syphilide maculeuse assez confluente. La verge est examinée avec le plus grand soin, et l'on ne trouve nulle part la moindre trace d'un chancre ancien ou récent. Un de mes internes, M. Tixier, qui venait d'examiner le malade, émet l'idée qu'on pourrait bien avoir affaire à un chancre induré de la cloison. C'est, en somme, un *ulcus elevatum* classique entouré d'une zone tuméfiée et rougeâtre. Comme dans la plupart des cas décrits, l'obstruction nasale est à peu près complète.

Restait à préciser les dates d'apparition des divers accidents. Il y a deux mois, le malade ressentit une douleur assez vive au niveau de la parotide droite ; cette douleur provenait d'un ganglion situé derrière l'angle de la mâchoire. A peu près en même temps, il se plaignait d'une petite écorchure à droite, sur la cloison nasale. Il se formait, sur ce point, des croûtes qu'il enlevait avec l'ongle. De gros ganglions durs apparurent aussi dans la région sous-maxillaire droite. Au bout de quatre semaines environ, survint de la céphalée nocturne. Enfin, il y a quinze jours, c'est-à-dire six semaines après le début, il constata l'apparition de l'éruption cutanée. Le malade n'a jamais rien ressenti dans la gorge et ne s'inquiétait que de sa lésion nasale.

Non seulement il n'existe aucune trace de chancre de la verge, mais encore nous n'avons rien trouvé ni sur les amygdales ni sur l'an us, qui puisse simuler un chancre. Si, au contraire, on tient compte de l'ordre d'apparition des divers symptômes, force nous est de reconnaître que la lésion nasale tant par son aspect, que par sa date de début, ne peut être autre chose que la lésion primitive.

C'est donc par la cloison nasale qu'a pénétré le virus syphilitique.

Comment s'est faite la contamination ? Il est difficile de le dire. Nous pensons que la muqueuse a été infectée par l'ongle. Cette hypothèse est d'autant plus probable que ce jeune homme avait, depuis l'enfance, l'habitude de s'excorier souvent la cloison nasale avec les doigts. Nous avons eu l'occasion de pouvoir examiner sa femme, elle est enceinte de sept mois et ne présente, pour le moment, aucune lésion syphilitique.

OBSERVATION XX.

Chancres syphilitiques des narines.

Par M. MENDEL (*Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*).

Séance du 14 mars 1895.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un homme de 29 ans, polisseur, porteur de deux chancres symétriques des narines.

Le malade s'est aperçu, il y a trois semaines, de l'apparition de la lésion actuelle, qui provoque des douleurs assez vives, notamment pendant la nuit.

Le nez est gonflé et rouge. Lorsqu'on soulève la pointe de l'organe, on peut apercevoir, de chaque côté, une érosion ovalaire, suintante, située sur la partie antérieure de la cloison des fosses nasales et occupant aussi l'extrémité antérieure de la cavité des narines. L'induration de ces régions est surtout sensible au niveau du lobule. On note dans les régions sous-maxillaires une adénopathie fort nette un peu plus prononcée à gauche. L'origine de ces deux chancres est des plus difficiles à préciser.

CHAPITRE III.

Symptômes.

Nous sommes loin d'être de l'avis de Le Bart, qui affirme simplement que les symptômes du chancre de la muqueuse nasale sont les mêmes que ceux des téguments externes : « aspect, coloration, induration, etc. ».

Nous ne trouvons guère, au contraire, dans les observations qui précèdent, ces caractères si nets, si éloquents par leur simple aspect et qui ne permettent pas le doute au clinicien le plus ordinaire, bien que l'ulcération initiale des téguments externes du nez soit entourée d'un érythème et d'une phlogose plus ou moins considérables. Nous n'avons qu'à considérer les planches ou les moulages reproduits d'après les cas collectionnés dans les Musées de Syphiligraphie pour nous prouver avec quelle facilité nous reconnaissons immédiatement tous les signes de l'accident primitif de la vérole dans l'*Ulcus elevatum* du lobule ou des parois extérieures du nez.

Le chancre de la muqueuse nasale, et par son siège et par ses caractères, est certes plus difficile à reconnaître. En outre, si le chancre externe du nez évolue presque toujours sans troubles fonctionnels bien marqués, nous pouvons voir, d'après les observations qui précèdent, qu'il n'en est pas de même du chancre intra-nasal.

En général, le début du chancre de la pituitaire passe

souvent inaperçu, et, dans la pratique courante, le médecin est peu exposé à surprendre le chancre intra-nasal à sa période initiale, car cette petite ulcération narinaire n'inquiète pas le sujet au même titre que lors d'une localisation génitale.

Le siège n'en est jamais bien profond : cela résulte de ce fait que l'infection est presque toujours apportée par les doigts qui viennent excorier la muqueuse et l'inoculer à une assez faible distance de l'entrée des narines. Nous ne connaissons pas, d'ailleurs, un seul cas cité où le chancre ait été situé sur les cornets. Le cas de Lancereaux, cité dans la thèse de Dupond, dont le siège exact de l'accident primitif narinaire a passé inaperçu, appartient plutôt à la catégorie des chancres pharyngiens que nous avons éliminée de notre travail, attendu que la contamination s'était produite sans doute dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Ainsi donc, c'est au seuil même des fosses nasales, sur le revêtement interne de la narine, ou sur les parties les plus inférieures de la muqueuse, en un point le plus souvent accessible au regard direct, que naît d'habitude la petite élevation ou la petite ulcération initiale du chancre. C'est tantôt sur la paroi externe, ou mieux, à la périphérie de l'orifice narinaire, comme dans les cas de Chapuis et de Thibierge, tantôt, et bien plus fréquemment, sur la cloison, comme dans les cas de Poncet, Marfan, Roberto-Cimmino, Gémy, Morel-Lavallée, Moure, Ruéda, Garel, quelquefois même de chaque côté de la cloison, comme dans les cas de chancre symétrique de Hieguet, de Mendel et de ceux que Reboul dit que l'on a observés quelquefois, en Belgique, que débute la lésion primitive de la syphilis sur la pituitaire. De là, elle gagne

en étendue, en profondeur et en largeur et prend quelquefois, comme dans les cas de Chapuis et de Thibierge, la forme en couronne, faisant le tour complet du bord de la narine. A une période légèrement plus reculée, l'ulcération syphilitique s'avance progressivement soit du côté de la profondeur des fosses nasales, soit vers l'extérieur plus ou moins près du rebord de la narine ; ou même elle dépasse ces limites et gagne la face extérieure de l'aile du nez, de façon à devenir un chancre cutanéomuqueux. C'est alors que quelquefois l'inflammation périphérique est intense, les tissus sont tellement boursoufflés ou bourgeonnant que l'orifice de la narine est rétréci et même obstrué de manière à cacher profondément le véritable caractère du mal ou à en montrer très nettement l'aspect caractéristique à l'extérieur. Si le chancre est à l'entrée des fosses nasales, on peut l'apercevoir et le reconnaître sans avoir besoin du *speculum nasi*. On se trouve alors en présence d'une tumeur oblitérant presque entièrement l'orifice des fosses nasales en déformant plus ou moins le nez. Cette tumeur, d'un rose pâle, présente un point ulcéré, mais les contours de l'ulcération sont à peine perceptibles.

Si le chancre siège plus haut, intérieurement, on n'apercevra qu'une tuméfaction plus ou moins intense à la narine atteinte, avec un peu de rougeur des téguments. Dans ce cas, l'examen au *speculum* sera indispensable pour le diagnostic de l'affection. On apercevra au fond de l'instrument une tumeur étalée en nappe sur la cloison, ulcérée, saignant facilement et recouverte de points grisâtres. Ruéda, de Madrid, insiste particulièrement sur le caractère papuliforme qu'il considère comme typique, pour les chancres occupant la cloison, étant donnée, dit-

il, la dureté du tissu cartilagineux sous-jacent, et par conséquent, la facilité du développement en surface vers les points qui n'offrent aucun obstacle à cet envahissement. C'est, d'ailleurs, faisons-le remarquer, le caractère du chancre syphilitique ordinaire. Mais Ruéda appelle, de plus, l'attention des rhinoscopistes sur l'aspect diphtéroïde que peut présenter le chancre de la pituitaire. Il rappelle, à ce propos, la ressemblance du chancre de la muqueuse nasale avec celui du col de l'utérus, décrit par Robert et Bernutz, et qui peut devenir une cause d'erreur en faisant croire à la nature croupale de l'affection. Nous ferons remarquer aussi que le chancre de l'amygdale peut encore plus facilement donner cette illusion, témoin le cas de ce soldat qui était soigné depuis longtemps pour une angine diphthéritique, et chez qui l'on ne reconnut qu'après plusieurs semaines, un chancre syphilitique de l'amygdale. En effet, il est facile de comprendre que, près de ces orifices naturels, le mucus sécrété alors plus abondamment par la muqueuse enflammée, la sanie et les croûtes qui en résultent forcément peuvent donner un aspect bizarre à la lésion, recouvrir même l'ulcération, et faire croire, à un œil non exercé ou se contentant d'un examen superficiel, qu'il se trouve en présence d'une affection diphtéroïde. Cet aspect, pseudo-membraneux, est bien noté aussi dans l'observation d'Arslan Yerwant (Obs. XVI).

L'exploration directe avec le petit doigt permettra de sentir une induration cartilagineuse au niveau de l'ulcération. Parfois, c'est une sensation de points durs et ramollis. On a comparé son aspect à celui d'un champignon aplati et adhérent par un large pédicule. Cette

induration est un des éléments importants du diagnostic. Cependant, elle peut ne pas exister, ou plutôt se confondre sans faire saillie avec celle du cartilage. C'est ce qui est noté dans l'observation de Morel-Lavallée : « En examinant les narines avec un écarteur, on voit du côté gauche une érosion sans limites précises, sans bords, constituée par une surface grisâtre, avec un piqueté rouge légèrement sanguinolent. Il est impossible, même en introduisant le doigt, de sentir *une induration quelle qu'elle soit*, attendu que l'érosion siège sur la cloison dont elle ne se détache pas sous la forme d'une saillie quelconque.

Tels sont les caractères propres du chancre de la pituitaire lorsqu'il est reconnu ; mais, quelquefois aussi, son évolution passe complètement inaperçue, et le malade ne se souvient que d'avoir eu, dans la narine, un *petit bobo* qui le gênait légèrement. Alors la syphilis n'est découverte que par la marche de la maladie et les accidents secondaires : roséole, plaques muqueuses, céphalées nocturnes.

Cette érosion donne rarement lieu à des épitaxis abondantes, ce sont plutôt des suintements légers de sang, et il faut se placer, comme le fait Le Bart, dans des cas tout à fait particuliers (hémophiles ou hépatiques), pour supposer que l'hémorragie nasale peut être abondante.

Les symptômes concomitants du chancre peuvent aussi en masquer sa véritable nature. L'aspect érysipélateux que présente parfois la région, peut, à première vue, donner le change au praticien.

Les observations de Chapuis et de Thibierge sont très remarquables à ce sujet : « A première vue, dit Thibierge,

malgré l'absence de bourrelet, l'impression était celle d'un érysipèle. »

Cet érythème érysipélique, colorant des tissus œdématisés et tendus par l'infiltration, est certainement l'expression d'une infection secondaire locale, produite par les hôtes habituels des fosses nasales, et tout à fait analogue à la lymphangite en nappe, si commune autour des ulcères de jambe, enflammés par la marche et infectés par des pansements malpropres.

L'infection peut même aller plus loin et produire, comme dans le cas de Nettleship, l'oblitération des voies lacrymales avec abcès lacrymal. Les adénopathies, dont nous déterminerons le siège dans la suite, n'ont pas toujours le caractère indolore et d'un simple engorgement polyganglionnaire qu'elles ont habituellement dans la syphilis. Les chancres du nez donnent quelquefois des adénopathies grosses, dures, parfois très douloureuses et constituant souvent pour le malade le premier symptôme apparent. Le caractère de bubon inflammatoire est assez fréquent et on le voit même arriver jusqu'à suppuration : cas de Ruëda.

Nous savons, d'ailleurs, que l'on a rencontré quelquefois ces symptômes dans le chancre syphilitique pur des régions génitales elles-mêmes. Ils ont été attribués à l'intervention des agents d'infection secondaire qui ont envahi les ganglions de la région et s'y sont développés avec toute l'acuité des agents pathogènes spéciaux du bubon chancrelleux. Mais, dans les fosses nasales, ces agents d'infection secondaire trouvent des conditions d'existence encore plus favorables, et viennent joindre leur action à celle de l'infection spécifique. C'est à eux, certainement, que nous devons les caractères particuliers que nous venons

d'étudier. Thibierge, dans les réflexions dont il fait suivre son observation, les accuse plus sévèrement encore : « Ces infections para-syphilitiques, dont l'étude est presque entièrement à faire, jouent sans doute un rôle important dans la pathogénie de certaines syphilis précocement graves, à allures de maladies infectieuses rapides, avec lésions cutanées généralisées intenses, et à tendances pyogènes, qui s'observent à la suite de chancres de la région génitale, mais sont comparativement plus fréquentes dans les cas de chancres extra-génitaux. C'est probablement là une des causes de la gravité reconnue par la plupart des syphiligraphes, des syphilis qui ont pour origine un chancre extra-génital. »

Les ganglions tributaires des régions envahies par les accidents primitifs dans le syphilôme primaire des fosses nasales peuvent être situés en divers points voisins de la région cervicale : Les ganglions sous-maxillaires sont le plus habituellement pris les premiers. Ces ganglions sous-maxillaires ne sont pas ceux où aboutissent les lymphatiques de la pituitaire proprement dite, mais bien les lymphatiques des ailes des narines, du lobule, de la sous-cloison et du revêtement cutanéomuqueux de l'intérieur des narines. D'ailleurs, la muqueuse pituitaire ne commence réellement qu'à 10 ou 15 millimètres plus haut que l'orifice extérieur des narines (10 à 14 millimètres sur la paroi interne, 14 à 16 sur la paroi externe.) Testut.

Il est aisé de comprendre que le siège du chancre, comme nous l'avons déjà fait remarquer, étant à l'entrée des fosses nasales, ce sont les ganglions sous-maxillaires qui seront pris le plus souvent. D'autre part, si le chancre siège plus haut, l'infection syphilitique, par le

fait de son caractère assez rapidement extensif, envahira simultanément le territoire voisin, et nous trouverons alors pris les ganglions tributaires de la pituitaire aussi bien que les sous-maxillaires : « Les nombreux canaux qui émanent des lymphatiques de la pituitaire, parfaitement connus depuis les recherches de Simon et de Panas, se dirigent en arrière, vers l'orifice de la trompe d'Eustache et s'y réunissent en deux troncs principaux : le premier aboutit à un ganglion volumineux situé au-devant de l'axis ; le second se dirige en bas et vient aboutir à un ou deux ganglions situés dans le voisinage de la grande corne de l'os hyoïde. » (Testut, *Anatomie humaine*.) C'est la recherche de ces ganglions que préconisent Chapuis et Le Bart, en s'attribuant l'un et l'autre la priorité de ce conseil dans les travaux qu'ils ont fait paraître presque simultanément sur la question, et que, d'ailleurs, Le Bart n'a même pas songé à suivre lui-même, puisqu'il n'en fait aucune mention dans le cas de Thibierge qu'il a pu examiner et suivre pendant quelque temps. Notre ami M. Chapuis, au contraire, a pu constater l'intégrité de ce ganglion préaxoïdien chez le sujet de son observation, tandis qu'il a constaté l'engorgement des ganglions voisins de la grande corne de l'os hyoïde. M. le professeur agrégé Rollet, dans la clinique qu'il fit sur ce malade dont l'observation intéressante fut publiée, sur ses conseils, par M. Chapuis, avait insisté beaucoup sur l'inflammation de ces ganglions, ganglions anatomiques réellement tributaires de la muqueuse nasale ; il avait très bien montré l'engorgement des ganglions voisins de l'os hyoïde, c'est à lui que revient réellement le mérite d'avoir appliqué, dans ce cas, les données de l'anatomie à la pathologie.

Si nous continuons à étudier anatomiquement la muqueuse nasale, nous voyons qu'à la partie antérieure et supérieure du méat inférieur la muqueuse rencontre l'orifice du canal nasal. Elle s'y engage et se continue là avec la muqueuse du conduit lacrymo-nasal et par son intermédiaire avec la conjonctive. Nous comprenons alors aisément, sans même avoir recours à l'envahissement des téguments externes de la joue et de l'œil, l'extension par les muqueuses de l'infection et le retentissement forcé qui doit en rejaillir sur les ganglions parotidiens, préauriculaires et géniens, qui frapperont d'emblée l'œil de l'observateur en raison de leur superficialité. Nous ne voulons pas parler ici des adénopathies de la période secondaire si multiples et si généralisées, et que l'on peut expliquer de tout autre façon que celles que nous venons d'étudier et qui sont concomitantes de l'accident primitif.

A côté de ces symptômes tout objectifs, se placent des signes subjectifs particuliers, qui ont, eux aussi, leur explication dans le siège spécial choisi par la syphilis. Sensation de tension désagréable, démangeaisons, cuissons, besoins fréquents de se moucher, enchifrènement, nasonnement de la parole, gêne respiratoire par suite de l'obstruction plus ou moins complète de la narine, nécessité de tenir la bouche ouverte pour suppléer à l'insuffisance de la respiration nasale, sommeil gêné et ronflant..., tous ces phénomènes seront plus ou moins accusés, en raison proportionnelle de la profondeur, de l'étendue du chancre induré et de l'infiltration des tissus de voisinage immédiat.

Quant aux souffrances du malade, nous pensons

qu'elles sont en rapport principalement avec le degré des infections secondaires concomitantes, se manifestant par l'infiltration des téguments et par l'inflammation des ganglions sous-maxillaires ; c'est dire que leur intensité est très variable suivant les sujets.

Ces phénomènes subjectifs, dont nous venons de faire une rapide énumération, peuvent être fort peu marqués et passer pour ainsi dire inaperçus. Si, en effet, dans les cas de MM. Poncet, Gémy, Thibierge, Ruëda, Arslan Yerwant, Chapuis, l'importance réelle de ces signes marchait de pair avec des adénopathies volumineuses témoignant d'une infection intense, avec un engorgement et une obstruction très prononcés de la narine correspondante, il est d'autres observations, celles de MM. Marfan et Morel-Lavallée, par exemple, où les mêmes manifestations faisaient presque absolument défaut. En parlant d'infection intense, nous ne voulons pas préjuger de la gravité future de la syphilis, car nous savons très bien, comme vient de le démontrer M. le Pr Augagneur, dans la thèse de notre ami M. Grivet, qu'à des adénopathies considérables succède, en général, une syphilis bénigne. Les ganglions serviraient de barrière pour arrêter l'infection et en atténuer la gravité.

A la différence des chancres de l'orifice postérieur des fosses nasales, c'est-à-dire de ceux siégeant à la partie pharyngienne, au niveau de la trompe d'Eustache, les chancres que nous venons d'étudier ne donnent pas naissance à des complications très graves. Les seules complications que nous avons déjà signalées dans le cours de ce chapitre sont : l'inflammation érysipélateuse, l'oblitération des voies lacrymales avec abcès lacrymal et le bubon

inflammatoire suppuré. La perforation de la cloison que Jullien crut pouvoir rétrospectivement attribuer à un chancre syphilitique intra-nasal serait, ainsi que le fait remarquer Dupond, plutôt l'indice d'une lésion tertiaire ou, mieux, d'un ulcère perforant simple de la cloison.

Un certain degré de sténose narinaire peut succéder à la cicatrisation du chancre induré ; c'est là un incident à distance assez insignifiant. On sait qu'il n'en est pas de même des déformations produites par les gommes syphilitiques du nez, qui, en détruisant le squelette osseux ou cartilagineux, amènent un affaissement et un recul du lobule et des ailes, de façon à constituer ce que Fournier a appelé le « nez en lorgnette ».

En somme, en tant que lésion locale, le chancre syphilitique de la pituitaire évolue très simplement, et sans complications véritables, dans la très grande majorité des cas. La gravité des accidents secondaires dans la suite, ainsi que l'établit Stourme dans sa thèse sur les chancres céphaliques, ne paraît pas plus grave habituellement que dans les cas de chancres génitaux.

CHAPITRE IV.

Etiologie." — Prophylaxie.

Malgré le petit nombre d'observations de chancres de la muqueuse nasale, et le plus petit nombre encore de celles où soit nettement connu le mode de transport du virus syphilitique sur la pituitaire, on peut cependant facilement déterminer la façon dont il a été importé sur la muqueuse nasale ; car, protégée par sa situation profonde et par la charpente extérieure du nez, on conçoit que la muqueuse pituitaire ne puisse que très exceptionnellement être directement infectée par son exposition au contact immédiat de sécrétions syphilitiques virulentes.

Ce mode de contagion directe est, au contraire, fréquent et facile pour la muqueuse labio-buccale et même pour la conjonctive, qu'il s'agisse d'un contact avec des lésions primitives ou secondaires, génitales ou extra-génitales, peu importe.

A ce simple point de vue étiologique, les chancres intra-nasaux diffèrent donc tout à fait des autres chancres muqueux céphaliques et, nous devons ajouter, des chancres extérieurs du nez. Ainsi qu'il ressort, en effet, de la lecture des observations que nous avons trouvées signalées dans les auteurs, et en particulier dans les thèses de Bazénérie et de Le Bart, le chancre de la surface exté-

rière du nez est très souvent consécutif à une lésion pré-existante, écorchure, bouton d'acné gratté, solution quelconque de continuité de la peau, exposée après coup au contact intime d'une lésion syphilitique, le plus souvent de siège génital ou buccal.

Dans la presque totalité des cas de chancre des fosses nasales, on est au contraire obligé, nous le répétons, d'invoquer l'explication d'une contagion médiate.

Ainsi, parmi toutes les observations que nous avons pu recueillir, il n'en est qu'une où l'on puisse invoquer une contagion directe. C'est le cas de Spencer-Watson ; il s'agit d'une nourrice qui, pour amuser son nourrisson, avait l'habitude de se faire téter le bout du nez. Son enfant, atteint de plaques muqueuses au bout de la langue, lui communiqua probablement de cette façon un chancre de la muqueuse pituitaire.

Ce mode inconscient de contagion de la part du nourrisson prouve qu'il peut s'effectuer, chez les adultes, par des actes conscients et voulus. Nous ne pouvons cependant en relever aucun cas dans nos observations, ou, si l'on trouve les conditions suffisantes de contagion, on les rapporte plus volontiers à des attouchements suspects avec les doigts qui ont ensuite transporté le virus sur la muqueuse nasale.

Nous ne ferons que signaler aussi la possibilité d'infection directe par des pratiques contre nature. Dans les cas de chancre extérieur du nez, au contraire, on a des exemples bien nets de contagion par des manœuvres de saphisme, de tribadisme ou de *coït ab ore*.

Nous reconnaissons, au contraire, que le plus grand nombre des malades atteints de chancre de la muqueuse

nasale sont des *insontes* qui ne se doutent pas le moins du monde de la contagion à laquelle ils s'exposent. Car, à part le mode de contagion indirecte, par des instruments portés dans la cavité des fosses nasales et dont nous ne faisons que signaler la possibilité, agents dont nous avons déjà parlé et expliqué le rôle actif et unique dans les chancres de l'arrière cavité des fosses nasales au niveau de la trompe d'Eustache, nous ne pouvons invoquer comme agents de transport du virus sur la pituitaire que les doigts ou les linges qu'ils portent aux narines. Tous les auteurs insistent sur la contagion produite par l'introduction des doigts dans le nez. Les doigts sont un des meilleurs foyers de culture des agents pathogènes, les replis sous-unguéaux et péri-unguéaux leur servant de réceptacle. Et, d'ailleurs, on sait combien sont répandus ces deux ordres de faits, corollaires l'un de l'autre et rencontrés simultanément chez les mêmes individus : d'une part, la présence d'ulcérations et de croûtes impétigineuses dans les narines ; de l'autre, l'habitude de porter les doigts dans ces cavités. L'ulcération facilite certainement l'infection et l'implantation du chancre alors que peut-être il n'eût pas germé sur une muqueuse intacte.

L'existence préalable d'une excoriation n'est peut-être cependant pas aussi indispensable qu'on le croyait jadis. On soutient assez volontiers aujourd'hui que, à la différence des téguments cutanés, les muqueuses, même saines et sans solution de continuité, sont susceptibles de retenir et d'héberger les germes infectieux.

A l'encontre du chancre des amygdales, nous ne trouvons pas une profession plus disposée à contracter ce genre de localisation de syphilis. Et à part l'usage de la

tabatière (cas de Hicguet et ceux signalés par Reboul), ce qui ne nous permet pas de qualifier le chancre des fosses nasales de *chancre des priseurs*, nous trouvons nos observations fournies par toutes les conditions et presque tous les âges.

Du grand nombre d'individus qui ont la mauvaise habitude de se porter les doigts dans le nez, nous devrions conclure que les cas de chancres indurés des fosses nasales sont plus nombreux que ceux enregistrés par la science, car le malade ne consulte pas toujours le médecin pour une affection s'accompagnant de muco-pus, il est vrai, mais ayant tous les caractères d'un catarrhe pituitaire. La lésion primitive n'a laissé qu'un souvenir vague, et le malade est tout surpris de voir apparaître les accidents secondaires.

Nous ne serions, d'ailleurs, pas loin d'admettre, comme Bazénerye et Le Bart, que les chancres des fosses nasales sont plus fréquents que les chancres extérieurs du nez, bien que l'un et l'autre n'aient pu recueillir qu'un nombre bien moins considérable de chancres de la pituitaire que de chancres des téguments externes du nez.

Si nous avons attiré l'attention sur le mode le plus fréquent de la contagion et l'habitude si répandue de se porter les doigts dans le nez, c'est que nous espérons que l'idée du médecin sera désormais attirée sur la localisation, si facile à se produire et si rarement remarquée, de l'accident primitif de la syphilis.

D'ailleurs, nous voyons maintenant, de plus en plus, les cas se multiplier ; bientôt, peut-être, on signalera la grande fréquence des chancres des fosses nasales ; qu'on nous permette donc de donner quelques conseils de pro-

phylaxie. Nous n'insisterons pas sur la prohibition de l'usage commun des linges, serviettes, mouchoirs, et de tabatières de gens suspects ; ce n'est là qu'un conseil de propreté.

Mais il semble que ce n'est qu'aux enfants que l'on ait à défendre de se mettre les doigts dans le nez ; nos observations prouvent que cette mauvaise habitude persiste et se perpétue chez l'adulte. Ne pas se mettre les doigts dans le nez est cependant une simple règle de la civilité puérile et honnête ; ce devrait être aussi un conseil bien souvent répété non seulement par les hygiénistes, mais par les mères de famille et toutes les personnes chargées de l'éducation des enfants qui devraient veiller à ce qu'ils ne contractent pas une habitude qui peut devenir dangereuse à un moment donné. L'habitude de la propreté des mains, le port des ongles courts seraient les meilleures conditions pour éviter toute contamination, mais cette habitude est rare dans une grande partie de la société, et beaucoup de gens ne se doutent pas des nombreux inconvénients qu'il y a de porter leurs mains chargées de matières septiques sur la face ou sur n'importe quelle partie du corps ; en outre de la vérole, c'est aux doigts qu'il faut attribuer, le plus souvent, l'ulcère perforant, simple, de la cloison, et l'extension de l'eczéma impétigineux du nez.

On voit donc quelles nombreuses et excellentes raisons nous avons de conseiller de ne pas se porter les doigts dans le nez.

CHAPITRE V.

Diagnostic.

Par son siège, quelquefois un peu profond, par son aspect particulier aussi bien qu'à cause de sa rareté, le chancre syphilitique des fosses nasales sera souvent méconnu par l'observateur. Nombreux caractères pourront masquer, nous l'avons vu, la véritable nature de l'accident narinaire ; il faudra un examen approfondi ; savoir qu'en ce point la lésion primitive de la vérole prend parfois un aspect bizarre et occasionne des accidents plus inflammatoires que lorsque le chancre siège sur les organes génitaux par exemple ; il faudra, en un mot, songer à la vérole, car, comme nous le disait notre maître M. le Dr Garel, lorsqu'on est pour la première fois en présence d'un chancre intra-nasal, on songe à tout, sauf à l'accident primitif de la vérole. Lorsque le chancre siègera vers l'orifice, ou même empiètera sur les tissus externes, le diagnostic sera peut-être moins compliqué. Voyons donc quelles affections, empruntant le même siège, seraient susceptibles d'égarer le diagnostic.

L'érythème inflammatoire accompagnant le chancre serait facilement confondu avec toute sorte d'inflammation si on se contentait d'un examen un peu superficiel et si la lésion primitive et cause de tout le mal n'était recher-

chée. Nous ne ferons donc que signaler l'aspect érysipélateux que nous avons rencontré dans les cas de Chapuis et de Thibierge pour éliminer une affection à marche si brusque et si rapide. Même lorsque l'érysipèle aurait pour origine une lésion intra-nasale, jamais cette petite porte d'entrée du microcoque *de Fehleisen* ne pourra être confondue avec un chancre induré, si petit soit-il. D'ailleurs, le bourrelet limitrophe, l'infiltration des tissus, la teinte plus sombre, livide lie de vin, les grands frissons du début, la fièvre et ses phénomènes généraux si intenses, sont l'apanage seulement de l'érysipèle.

Nous éliminerons avec encore moins d'honneur de la discussion, l'*érythème inflammatoire du coryza aigu* et le *sycosis* : ce sont là deux affections dont les symptômes nasaux ne pourront jamais, avec la moindre attention, en imposer pour un chancre induré.

Quant à l'aspect diphtéroïde que prend parfois le chancre des fosses nasales, comme dans les cas de Ruéda, d'Arslan, et le 2^e cas de Moure, nous pensons que c'est là un qualificatif que l'on ajoute pour dépeindre quelquefois l'aspect de la lésion sans qu'on puisse jamais confondre le chancre du nez même recouvert d'une croûte pseudo-membraneuse avec les fausses membranes de la diphtérie. Cependant, souvenons-nous de l'erreur commise pour une région bien plus exposée à la diphtérie, il est vrai; nous voulons parler du cas que nous avons déjà signalé de ce soldat atteint d'un chancre de l'amygdale, et soigné pendant plus d'un mois pour une angine diphtéritique. En tout cas, pour examiner n'importe quelle lésion des fosses nasales, nous savons qu'il est indispensable de se servir de la sonde ou du stylet; quand nous aurons

dépouillé par ce moyen la lésion sous-jacente de son enveloppe pseudo-membraneuse, sa nature nous apparaîtra très nettement.

L'eczéma impétigineux, si fréquemment développé dans les narines des enfants scrofuleux, pourrait-il donner le change ? Loin d'être limité, comme le chancre, à une seule narine, il envahit en général les deux, s'étend, en outre, à la lèvre supérieure, à la face extérieure des ailes du nez, aux joues. Il se reconnaît à son indolence, à ses croûtes fendillées, d'un brun jaunâtre, aux ulcérations régulières et saignantes qu'elles cachent, à son suintement particulier, à ses caractères d'extensivité et de chronicité. Sous les croûtes, c'est de l'épaississement simple de la peau qu'on trouve et non une véritable induration (1).

Le chancre de la muqueuse nasale ne saurait être confondu avec une tumeur maligne, ulcérée. « Le sarcome n'arrive à l'ulcération qu'au bout d'un long temps et lorsqu'il a acquis un volume très considérable que n'atteint jamais le chancre ; aussi le sarcome ulcéré s'accompagne-t-il de déformations des fosses nasales, de déviation de la cloison qui n'existent jamais avec le chancre (2). » D'ailleurs, c'est surtout lorsqu'il y aurait seulement un simple petit prolongement de la masse sarcomateuse que le doute serait plus facile. Mais tout l'ensemble des symptômes du sarcome des fosses nasales fait défaut au chancre induré de la même région. On se souviendra qu'ici l'ulcération est toujours tardive, qu'elle s'accompagne d'épistaxis abondantes et fréquentes, et que, dans l'évolution de ces tumeurs, rien ne rappelle celle du

(1) CHAPUIS, *loc. cit.*

(2) GÉRARD-MARCHAND, *Traité de Chirurgie*, tome IV, page 581.

chancre. De plus, l'engorgement ganglionnaire est plus tardif et moins considérable que dans le chancre syphilitique.

Ces derniers caractères différentiels peuvent aussi être appliqués au cancroïde ou épithélioma de l'orifice narinare. L'aspect bourgeonnant que prend parfois le chancre, comme dans les cas de Chapuis et de Thibierge, ne laisse pas l'impression de cette tumeur envahissante et à longue étape. D'ailleurs, on a dans ce cas plutôt affaire à une lésion bourgeonnante qu'à un ulcère dur et entouré d'une zone inflammatoire.

Pourrait-on prendre le chancre pour un *lupus* tuberculeux ou réciproquement ? La confusion de cette affection serait plutôt faite avec l'eczéma, dont nous parlions tout à l'heure.

A début plus insidieux encore, à développement plus lent que le chancre, le *lupus* de l'intérieur du nez déborde la narine, gagne sa surface extérieure et la lèvre supérieure ; il a des contours irréguliers, déchiquetés, dentelés, bordés d'un semis de petits tubercules jaunâtres, couleur sucre d'orge, en voie d'évolution. D'autre part, on trouve souvent, à la face, d'autres localisations de tuberculose cutanée, avec engorgement, *nettement scrofuleux*, des ganglions sous-maxillaires, sus-hyoïdiens... En définitive, il est rare que le diagnostic reste véritablement hésitant, en présence de cette affection, dont les caractères sont, en général, assez tranchés.

Nous avons à faire le diagnostic du chancre des fosses nasales avec les ulcères vrais de différente sorte, qui siègent en ces points ; l'ulcère perforant, simple de la cloison, dans les premier et second stades de son évolution,

l'ulcère traumatique et l'ulcère tuberculeux pourraient quelquefois être pris au lieu et place du chancre induré.

L'ulcère perforant, simple, bien étudié depuis quelques années, et lésion dont on a reconnu la fréquence, alors qu'auparavant on la prenait pour une lésion congénitale excessivement rare, ou mieux, pour un accident tertiaire de la vérole, offre une marche toute différente de celle du chancre induré. Les épistaxis vraies, abondantes et chroniques sont les symptômes constants du début de cette affection. Nous savons que le chancre ne donne, en général, pas lieu à d'épistaxis, mais seulement à un suintement sanguinolent presque insignifiant. L'ulcère qui envahit est en profondeur plutôt qu'élevé et bourgeonnant ou en nappe, comme dans le chancre ; quand l'exulcération devient un peu plus profonde, attaque le péri-chondre et le perfore, il n'y a plus alors de doute possible. Nous savons, d'ailleurs, que le chancre n'occasionne jamais cet accident, et le cas de Jullien est absolument contesté comme suite d'un accident primitif de la vérole.

L'ulcère traumatique n'est autre qu'un ulcère perforant, simple à son premier stade ; l'affection que nous venons d'étudier, en effet, n'a pas d'autre cause que les légers traumatismes produits par les doigts ou les poussières importées sur la cloison dans certaines professions particulières. Quand l'ulcère traumatique siège sur les parois externes des fosses nasales, il a alors son autonomie, mais la marche et les symptômes du début n'en sont pas différents ; l'hématome, l'abcès et l'ulcération consécutive sont des symptômes d'aspect bien différents que ceux que présente l'ulcération du chancre induré.

L'ulcère tuberculeux proprement dit, ou la gomme

tuberculeuse ulcérée, peut rarement donner le change : « Dans la tuberculose ulcéreuse, l'ulcération généralement unique, plus ou moins arrondie, variable comme étendue et pouvant atteindre le diamètre d'une pièce de 1 franc, siége sur la cloison, elle s'étend de la cloison sur la muqueuse du plancher des fosses nasales, et il semble que ce soit dans le sillon formé par l'union de ces deux parois horizontale et verticale que se forme la première effraction de la muqueuse. Le fond de l'ulcère est d'un gris rougeâtre et parsemé d'amas caséeux fixés sur certaines anfractuosités de l'ulcère, tandis que sur d'autres points se voient en relief de fines granulations grisâtres représentant des tubercules non encore ramollis. Les bords de l'ulcération sont déchiquetés, excavés, dentelés, comme dans le chancre mou : à la périphérie, caractère diagnostique très important, on peut voir un semis de petits points, gris, jaunâtres, tubercules en voie d'évolution qui s'exulcèrent et donnent naissance à des ulcérations minuscules (1) ».

Dans la forme gommeuse ou végétante, il existe une véritable tumeur qui, par son volume, peut finir par obstruer partiellement la cavité nasale. Ces lésions sont, d'ailleurs, bien rarement primitives, l'état cachectique du sujet, l'existence d'autres lésions tuberculeuses, soit pulmonaires ou viscérales, feront faire aisément le diagnostic. La recherche du bacille de Koch sera la preuve de la nature de l'affection.

Voyons maintenant s'il est possible de confondre les autres manifestations, secondaires ou tertiaires, de la syphilis.

(1) GÉRARD-MARCHAND, *Traité de chirurgie*, tome IV.

Les plaques muqueuses sont très rares aussi dans les narines ou sur la pituitaire. On aura, pour attribuer à ces lésions leur valeur et leur signification véritables dans l'évolution de la syphilis, tout d'abord, l'existence passée, souvent connue du malade, d'un chancre induré plus ou moins lointain, et le fait plus rapproché des éruptions spécifiques ; ensuite, les caractères physiques de ces ulcérations, qui sont de petites érosions à fond rouge, ou de petites plaques opalines, constituant une lésion tout à fait superficielle ; enfin, la coexistence — car ces plaques narino-pituitaires sont exceptionnellement isolées — d'autres plaques muqueuses plus catégoriques bucco-pharyngées ou ano-génitales. (Chapuis, *loc. cit.*)

Nous arrivons au diagnostic le plus important et parfois le plus difficile à établir, en même temps qu'à la partie la plus intéressante et la plus originale de ce chapitre : au diagnostic de l'accident tertiaire avec l'accident primitif. Jusqu'ici, pour toutes les affections que nous venons de passer en revue et même pour la gomme ulcérée, il était plus facile de prendre un chancre induré de fosses nasales pour un érysipèle, un ulcère de n'importe quelle nature, par exemple, etc., que de prendre une de ces ulcérations ou inflammations pour un vrai chancre induré. Certainement, si le nombre de chancres indurés des fosses nasales est si restreint, c'est qu'ils ont été souvent pris pour d'autres affections. L'observation suivante nous prouvera que l'on peut quelquefois faire l'erreur inverse ; très intéressante et très instructive à ce point de vue, elle pourrait presque nous dispenser de faire le diagnostic entre la gomme ulcérée et le chancre primitif, ou, mieux, elle sera le meilleur moyen d'établir les vraies

différences entre ces deux accidents de période différente de la syphilis.

**Observation inédite due à l'obligeance de
M. Chapuis, interne de M. le D^r Garel.**

Lésion tertiaire de la fosse nasale droite, simulant un syphilôme primitif.

B..., Louise, demoiselle de magasin, âgée de 30 ans, se présente, en juillet 1895, à la consultation de M. Garel. Depuis cinq ans, elle vit avec le même amant, à qui elle affirme avoir été constamment fidèle. Au moment où elle l'a connu, elle a remarqué sur la poitrine, sur les épaules et sur le visage de ce jeune homme, des boutons(?), rien, en apparence, sur la verge. Deux ou trois mois plus tard, elle prenait, sur la lèvre inférieure, un peu à gauche de la ligne médiane, une ulcération qui atteignit peu à peu le volume d'une pièce de 50 centimes, resta superficielle, s'accompagna de bonne heure de gros ganglions douloureux très durs sus-hyoïdiens, etc., dura près de deux mois. Quelque temps après, la jeune fille eut une éruption sur le corps, un peu de rauçité de la voix, etc., puis des maux de tête très tenaces et très douloureux, qui, depuis, sont revenus fréquemment, elle a eu enfin des douleurs ostéocopes très nettes, dans les jambes surtout. En résumé, il n'y a aucun doute que cette jeune femme a eu, il y a cinq ans, un chancre syphilitique de la lèvre inférieure. Au mois de mai 1894, elle va trouver M. le D^r Brébion pour des douleurs de la gorge, avec difficulté de la déglutition, ressenties depuis près de deux mois, et aussi des troubles de la phonation. M. Brébion a fait des cautérisations au galvano-cautère sur les cordes vocales et dans le rhinopharynx, pour une obstruction considérable des fosses nasales qui existait à ce moment-là. La malade ne respirait que par la bouche, mouchait beaucoup de muco-pus sanieux, fétide. Le traitement de la gorge et du nez dura au moins cinq mois, M. Brébion faisant prendre constamment de l'iodure de potassium. Au moment du

traitement ioduré, la malade avait, en outre, des lésions plus haut signalées, beaucoup de glandes sous-maxillaires et sus-hyoïdiennes, et une induration préauriculaire que l'iodure a fait disparaître. Depuis septembre 1894, elle ne va plus aux consultations du D^r Brébion, mais, sur sa recommandation, elle revient à l'iodure de temps à autre, quand elle ressent quelque chose d'anormal, soit de l'embarras nasal, soit de l'hypertrophie ganglionnaire, des maux de tête, etc.

Il y a environ un mois et demi, apparut une petite ulcération à la face interne de la narine droite, qui fut grattée, écorchée, saignant souvent, puis, petit à petit, cette ulcération s'est élargie, a gagné en profondeur, a fait le tour complet de la narine, empiétant sur la face externe de l'aile du nez. Les différentes parties atteintes par cette ulcération sont très tuméfiées, d'aspect rouge pâle et induré. L'ulcération est couverte de croûtes brunes, qui, une fois enlevées, laissent voir un fond superficiel saignant un peu rouge tendre. Les bords ne sont pas décollés. Au toucher, ces parties ont une dureté très grande, de même que les ganglions sous-maxillaires du côté droit qui sont assez gros et ont augmenté beaucoup de volume depuis l'existence de l'ulcération nasale. En somme, l'aspect de cette lésion est absolument celui d'un syphilôme primitif et nous rappelle tout à fait celle du malade observé par nous à la clinique de l'Antiquaille, l'année dernière (Observation XV), tellement que n'étant pas encore en possession des renseignements que nous avons développés plus haut, nous n'hésitons pas à faire ce dernier diagnostic le premier jour où nous voyons la malade. C'est en la faisant revenir pour obtenir des renseignements précis, et pour l'examiner mieux qu'on ne peut le faire au milieu d'une consultation gratuite, que nous obtenons tous les éclaircissements ci-dessus mentionnés qui nous font modifier à regret notre premier diagnostic et admettre celui de lésion tertiaire. M. le D^r Cordier, chirurgien major de l'Antiquaille, qui vit la malade quatre jours après nous, nous a affirmé que, sans ces renseignements, il n'aurait pas hésité à croire à un chancre syphilitique primitif. Nous avons donc fait le traitement suivant, à partir du 13 juillet : pansement à la vaseline boriquée et lavage à l'eau boriquée, et, à l'intérieur,

4 grammes d'iodure de potassium par jour (il y avait environ deux mois que la malade n'en prenait plus).

Le 20 juillet. — Pas d'amélioration, il semble, au contraire, que le mal ait fait des progrès du côté de la lèvre supérieure.

3 août. — La dernière fois que la malade est venue, le 27 juillet, il y avait une amélioration très évidente, un peu de rétrocession des lésions, une teinte plus morte. Aujourd'hui, la cicatrisation est à peu près achevée, la plaie ne donne ni pus, ni sang, ni suintement d'aucune sorte ; les ulcérations sont remplacées par du tissu de guérison rose, qui est à peu près au niveau des parties circonvoisines, la narine n'a plus d'hypertrophie sensible ; le trou narinair est bien désobstrué.

L'iodure n'a pas eu de fâcheuse influence sur l'estomac.

25 août. — La malade vient se montrer aujourd'hui. Elle a continué à prendre, depuis la dernière date, de 4 à 5 grammes d'iodure. Elle est depuis une semaine environ, complètement guérie de sa lésion narinair. Celle-ci est sèche, reste un peu rosée, mais est parfaitement cicatrisée ; la cicatrice paraît devoir être indélébile, elle se marque surtout par une rétraction sur le haut de l'aile de la narine, sillonnée à sa partie moyenne. Les ganglions ont beaucoup diminué de volume. L'état général est très bon.

Inutile de dire qu'il n'y a pas eu de roséole ni de plaques muqueuses, et que toute l'évolution a parfaitement confirmé qu'il s'agissait bien d'un accident tertiaire.

Ainsi, comme nous le prouve cette observation, nous n'avons pas qu'à compter sur les caractères physiques de la lésion. D'ordinaire, très différents d'avec ceux de l'accident primitif, on répète qu'il est aisé de reconnaître une gomme syphilitique : le développement graduel et lent, dépourvu de symptômes, accessoires frappants, de l'accident tertiaire, son ulcération tardive, son aspect large et profond, sa coloration gris sale, ses bords déchirés, son fond qui, loin de présenter un plan unique,

est inégal et comme étagé, sa sécrétion représentée par une espèce de bourbillon ou de liquide gélatineux ou filant, et, enfin, ce fait qu'introduit dans le fond de la gomme, un stylet arrive sur l'os ou sur le cartilage, plus ou moins compromis lui-même dans sa vitalité, sont les différences caractéristiques ordinaires qui séparent le chancre de la gomme ulcérée (Chapuis, *loc. cit.*). Dans l'observation qui précède, au contraire, nous trouvons tous les caractères de l'accident primitif : coloration rouge jambon et induration très nette de la base et des bords de l'ulcération, fond superficiel et bords non décollés, tuméfaction des tissus environnants, etc.

Il a fallu absolument reconnaître l'existence d'une syphilis antérieure et suivre la marche habituelle de la maladie pour affirmer que, dans ce cas, on avait bien affaire à un accident tertiaire et non à un chancre primitif ou à une nouvelle infection.

Nous devons donc nous souvenir, et cela dans tous les cas, même où le diagnostic n'est pas difficile, qu'il faut se servir de tous les moyens pour faire la preuve de la vérole. Les commémoratifs du malade et la marche postérieure de la maladie seront un appoint quelquefois indispensable au diagnostic. Lorsque nous aurons vu apparaître la roséole et les plaques muqueuses, nous n'aurons plus de doute possible sur la nature de la lésion antérieure.

Avons-nous besoin d'insister sur la différence du chancre induré et du chancre mou des fosses nasales ? On a longtemps cru et l'on répète souvent que le chancre simple est une affection qui se cantonne toujours dans la région génitale ; depuis que l'on en a cité des cas dont l'authenticité est universellement reconnue : cas de

Melchior Robert (1) et de Giuseppa Profeta (2), où l'inoculation s'était faite accidentellement au nez, nous sommes obligé de reconnaître la possibilité exceptionnelle de l'infection. Mais la marche de la maladie, l'existence d'autres chancres, l'aspect de la lésion et surtout la réinoculation au porteur et la recherche du bacille de Ducrey, seraient suffisants pour empêcher toute erreur ; quoique nous croyons parfaitement aussi, vu l'excessive rareté du chancre mou narinaire, que la nature en pourrait être complètement méconnue dès l'abord.

Pour être complet dans ce chapitre, nous signalerons simplement l'erreur presque impossible à commettre qui consisterait à prendre un chancre induré pour du rhinosclérome. Cette affection, presque étrangère à nos pays, offre des symptômes absolument typiques : l'affection constitue un granulome chronique infectieux, caractérisé par l'apparition de nodules durs, développés dans la peau du nez et des lèvres, sur la voûte et le voile du palais, dans les cavités nasales, le pharynx, le larynx et la trachée. (Pavlovsky, 1891, *In journ. of. Laryng. and. Rhino*, n° 5.) On voit que l'on a affaire ici, lorsque l'affection envahit les narines, à des villosités aussi dures qu'un enchondrôme, plutôt qu'à une surface plane indurée.

En résumé, nous ne considérons pas le diagnostic du chancre syphilitique des fosses nasales comme impossible, loin de là, les nombreuses observations que nous en avons rapporté sont là pour le démontrer, mais nous admettons volontiers qu'il présentera quelquefois de

(1) ROBERT. *Traité des Maladies vénériennes*, Paris, 1861.

(2) PROFETA. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, tome V.

sérieuses difficultés. Dans la majorité des cas, il faut bien le dire aussi, il suffira de songer à la possibilité d'un chancre syphilitique pour en rejeter ou pour en affirmer la présence. Après l'analyse attentive des symptômes locaux et ganglionnaires, jointe à l'interprétation des anamnestiques souvent précieux, fournis par le sujet, il nous paraît bien difficile qu'on soit obligé d'attendre l'apparition des accidents secondaires pour se débarrasser irrévocablement de l'incertitude qui aurait pu demeurer dans l'esprit. (Chapuis, *loc. cit.*)

CHAPITRE VI.

Traitement.

Le traitement général de la syphilis n'entre pas dans le cadre de notre travail : nous laissons ce soin aux syphiliographes et nous renvoyons aux travaux récents de Fournier et de Jullien, pour indiquer les soins à prendre contre la vérole. Nous avons déjà parlé du traitement prophylactique à propos de l'étiologie du chancre des fosses nasales, nous n'avons pas à répéter les conseils que nous avons exprimés dans ce chapitre.

Ce n'est que comme lésion locale que nous envisagerons le traitement du chancre des fosses nasales. Les méthodes de suppression ne seront guère de mise sur cet organe ; d'ailleurs, on connaît le faible résultat qu'a donné jusqu'ici l'excision du chancre en général, pour qu'on ne songe même pas à un délabrement si important d'un organe si indispensable dans la physionomie du malade.

Les soins de propreté et d'antisepsie seront les seuls moyens, à part le traitement général, de lutter contre la lésion elle-même.

On fera d'abord tomber les croûtes, souvent fort épaisses et adhérentes, surtout au pourtour de l'ulcération, par des lavages antiseptiques tièdes, qui les ramollissent et les décollent, et par l'application de pommades à la vaseline boriquée, salolée ou sublimée faible. Après ce premier soin, on usera des principaux moyens de traite-

ment des maladies des fosses nasales. On fera des lavages fréquents, soit par des injections ou douches nasales avec le seau de Volkman ou d'un récipient quelconque, ou simplement par le humage ou le bain nasal. Les fumigations d'eau chaude feront peut-être diminuer l'inflammation générale. Les pulvérisations ou insufflations de poudres antiseptiques ou inertes, calomel, iodoforme, acide borique, salol, bismuth préviendront ou seront un des moyens les plus simples pour prévenir l'extension de l'inflammation.

Les badigeonnages et cautérisations avec des agents caustiques ne sont d'aucune utilité pour arrêter le chancre dans son évolution, ou lui imprimer un mouvement de régression. Nous les écartons d'une façon complète du traitement local du chancre primitif. Des émollients : vaseline ou huile antiseptique produiront certainement un meilleur effet sur l'inflammation et l'excessive tension des tissus.

Un petit tampon de coton antiseptique maintiendra comme pansement toutes ces applications. Si le chancre a envahi la surface extérieure de la narine, de la cloison ou du lobule, on garantira cette petite plaie avec un peu de gaze, de coton hydrophile et une petite bande : le classique pansement du bout du nez. Quant aux complications, si, par extraordinaire, il s'en produisait, on les traiterait chacune selon sa nature. Les adénites chaudes ou les abcès lacrymaux n'auront pas de traitement particulier parce qu'ils seront occasionnés par un chancre infecté des fosses nasales.

Il ne faudra jamais oublier les conseils relatifs à la contagion dont le malade pourrait être la cause.

CONCLUSIONS.

I. — Le chancre des fosses nasales est un des plus rares des chancres extra-génitaux. Cependant, les observations qui se multiplient ces dernières années semblent prouver qu'il a été auparavant méconnu bien des fois.

II. — Les symptômes du chancre de la pituitaire sont un peu particuliers à la région. Son évolution est en général très simple ; mais il occasionne parfois de légers accidents dus à la facilité d'infection par des agents pathogènes étrangers et qui se trouvent habituellement dans les fosses nasales. Il ne faudra plus oublier la recherche de l'engorgement des ganglions réellement tributaires de la muqueuse nasale.

III. — L'étiologie du chancre intra-nasal ne semble admettre que l'infection indirecte par les doigts ou les linges souillés ; cependant, il ne faut pas rejeter le mode de contagion directe.

IV. — Le diagnostic sera en général facile, le plus souvent il suffira d'y songer ; toutefois, il ne faudra affirmer la nature de la lésion qu'après un examen approfondi. Nous nous souviendrons que l'accident tertiaire de la vérole peut parfaitement simuler un chancre primitif dans les fosses nasales.

V. — Le traitement sera le traitement général de la syphilis avec quelques soins particuliers relevant de sa localisation.

Vu, bon à imprimer

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PONCET.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

MAC-CARTHY. — *Du diagnostic et de l'enchaînement des symptômes syphilitiques* (Thèse pour le Doctorat, Paris, 1844).

RICORD. — *Leçons sur le Chancre*, 1858.

ROLLET. — *Traité des Maladies vénériennes*, 1865.

CULLERIER. — *Traité des Maladies vénériennes*, 1866.

LANCEREAUX. — *Traité de la Syphilis*, 1873.

ARM. RIZAT. — *Manuel pratique des Maladies vénériennes*.

CUTTER. — *Phila. Med. Times*, 1879-1880.

DULAC. — *Etude sur la Syphilis contractée à un âge avancé*, 1878.

GIBIER DE SAVIGNY. — *L'Union Médicale*, 1880.

JULLIEN. — *Traité des Maladies vénériennes*.

MOLDENHAUER. — *Traité des Maladies des fosses nasales*.

SPENCER WATSON. — *Medical Times and Gazette*, 16 avril 1881.

A. MARTIN. — *Thèse de Paris*, 1863.

COZZOLINO. — *Supplemento Mensile della Gazzetta degli ospitoli*, janvier 1889.

RASORI. — *Gazzetta degli ospitoli*, 1885.

DUPOND. — *Thèse de Bordeaux*, 1887.

PONCET. — *Lyon Médical*, 1881.

MOREL-LAVALLÉE. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1887.

NETTLESHIP. — *British Medical Journal*, 1875.

GÉMY. — *Annales de Dermatologie*, 1890.

PAVLOVSKY. — *Journal of Laryn. and Rhinol.*, 1891.

Annales des Maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, journal publié par Gouguenheim, 1894-1895 et antérieures.

ARSLAN YERWANT. — *Archivi italiani di Laryngologia*, 1894.

GAREL. — *Revue de Laryngologie*, pub. par Moure, 1895.

BAZÉNERIE. — *Syphilis acquise du nez* (Thèse de Paris, 1894).

LE BART. — *Chancre primitif du nez et des fosses nasales* (Thèse de Paris, 1894).

CHAPUIS. — *Gazette des Hôpitaux*, 1894.

DUNCAN BULKLEY. — *Syphilis in the innocent*, 1894.

Archiv. für Dermatologie und Syphilis.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

THIBIERGE. — *Gazette hebdomadaire*, 1894.

Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, Tome IV.

TABLE

	Pages.
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I. — Historique.	9
CHAPITRE II. — Observations.	16
CHAPITRE III. — Symptomatologie.	50
CHAPITRE IV. — Étiologie. — Prophylaxie.	61
CHAPITRE V. — Diagnostic.	66
CHAPITRE VI. — Traitement.	79
CONCLUSIONS	81
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	82

